

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
FACOLTA' DI PSICOLOGIA

Tesi di laurea

**“L’INTEGRAZIONE DELL’EMDR NELLA
PSICOTERAPIA DEI DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO ALIMENTARE.”**

di

Gamba Martina

Anno Accademico
2004-2005

*Ai miei genitori che mi
hanno sempre sostenuto,
a Gianni e Ginetta.
Alla dottoressa Maria Vignato,
con stima e riconoscenza.*

INDICE

Introduzione	1
---------------------------	----------

CAPITOLO I. – Descrizione dei disturbi del comportamento alimentare

1. Descrizione generale e dati epidemiologici: distribuzione, incidenza, prevalenza	4
2. Caratteristiche cliniche generali e fattori di rischio	7
3. Anoressia nervosa	12
4. Bulimia nervosa	18
5. Disturbi alimentari non altrimenti specificati: Binge Eating Disorders	21

CAPITOLO II. – Trauma e sviluppo patologico della personalità

1. Il trauma: conseguenze a medio e a lungo termine	26
2. Abuso sessuale infantile. Introduzione al fenomeno.....	30
3. Alcuni fattori di mediazione.....	39
4. Trauma e mondo interno: memoria e difese.....	45
5. Neurologia e biochimica dei disturbi post-traumatici.....	51
6. Fenomenologia dei ricordi traumatici.....	53

CAPITOLO III. – Nuove frontiere della psicoterapia dei disturbi post-traumatici: l’EMDR

1. EMDR: Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari: la nascita di questa terapia e gli ambiti di applicazione.....	57
2. Il protocollo dell’EMDR per i disturbi del comportamento alimentare.....	64
3. L’integrazione dell’EMDR nel trattamento di pazienti con disturbi di Binge Eating.....	84
Conclusioni.....	89
Bibliografia.....	93

INTRODUZIONE

Questo mio lavoro di tesi rappresenta una rassegna degli studi compiuti negli ultimi anni, sui disturbi del comportamento alimentare. Negli ultimi vent'anni molto è stato detto su questa patologia che ha attirato l'attenzione non solo di clinici e specialisti ma anche dei mass media. Si tratta, purtroppo, di disturbi che si stanno imponendo sempre di più nella società occidentale e che iniziano a comparire anche nelle zone più povere del mondo. Come sarà possibile notare nel primo capitolo, questi disturbi interessano principalmente, ma non esclusivamente, soggetti di sesso femminile e gli indici di prevalenza indicano un valore attorno all'1% per la bulimia nervosa nelle giovani donne adulte, mentre per l'anoressia nervosa questa percentuale oscilla attorno lo 0,3%. Dopo una descrizione generale di queste patologie, mi sono occupata dei disturbi specifici evidenziati dal DSM-IV, redatto dall'American Psychiatric Association nel 1996: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED). Questi disturbi vengono descritti singolarmente, analizzandone i fattori di rischio e le caratteristiche cliniche e diagnostiche; nella descrizione ho tralasciato i fattori eziopatogenetici della Bulimia Nervosa e del BED perché sono rintracciabili tra quelli evidenziati per l'Anoressia Nervosa.

Nel secondo capitolo ho indagato la possibile esistenza di una relazione tra esperienze traumatiche vissute in età infantile e sviluppo patologico della personalità. In questa parte ho inserito una serie di studi effettuati su campioni clinici e non clinici che sostanzialmente sembrano confermare l'esistenza di esperienze traumatiche (in particolare di abuso sessuale) nella storia delle pazienti affette da disturbi dell'alimentazione. I nessi causali tra l'abuso sessuale e la psicopatologia di tipo alimentare sono sicuramente complessi. Secondo Slade (1982) sembrano rilevanti nei soggetti abusati, ai fini dello sviluppo e del

mantenimento di un disturbo del comportamento alimentare, soprattutto la scarsa autostima, il senso di colpa, l'autoaccusa e il cattivo "funzionamento familiare". Secondo Bruch (1988), il nucleo della sindrome anoressica consisterebbe in una "estrema fragilità dell'autostima, associata ad una paralizzante sensazione di inefficienza". Come i bambini abusati che, per "non essere stati in grado di resistere fisicamente all'abuso", provano intensi sentimenti di colpa ed autoaccusa, così la bulimica, avvertendo una forte sofferenza per gli episodi bulimici vissuti come uno "scacco del tentativo di controllo degli impulsi e delle dimensioni del corpo", reagisce alla sconfitta della volontà con colpa e vergogna (Santoanastaso e Pantano, 1992).

Alcuni studi effettuati, recentemente, su un elevato numero di vittime di abusi sessuali e su bambini esposti ripetutamente a varie forme di violenza, hanno permesso di scoprire che lo sforzo dell'individuo di adattarsi a queste situazioni di continuo terrore e violenza può alterare lo sviluppo del cervello del bambino con conseguente cambiamento del suo funzionamento fisiologico, cognitivo e conoscitivo. Da quanto detto emerge l'importanza di valutare anche i fattori di mediazione che possono intervenire, quali: l'età della vittima, le modalità dell'abuso, la rivelazione della violenza e la risposta ricevuta dalla vittima, le variabili familiari e l'immagine di sé.

Un'enfasi particolare è stata, poi, posta sul ruolo della memoria e dei ricordi traumatici; l'attenzione è rivolta alla modalità con cui le informazioni che riguardano le esperienze traumatiche vengono immagazzinate nella memoria e come si possa, o meno, recuperarle. I ricordi del trauma, infatti, persistono anche dopo anni, se non sono stati rielaborati, e continuano a disturbare l'individuo e il suo equilibrio.

Nel terzo capitolo ho considerato la possibilità di introdurre l'EMDR all'interno di un programma terapeutico globale per pazienti che soffrono di disturbi

dell'alimentazione. Questa nuova forma di psicoterapia viene presentata con le parole della dottoressa Isabel Fernandez, Presidente dell'Associazione per l'EMDR in Italia.

Vi è una breve esposizione sulla nascita di questa terapia e sugli ambiti di applicazione; viene inoltre presentata una rassegna di ricerche sull'efficacia di questo trattamento e i vari attestati di riconoscimento conferiti all'EMDR negli ultimi anni.

In questa parte della tesi ho inserito il protocollo EMDR utilizzato con pazienti che soffrono di disturbi del comportamento alimentare; questo protocollo viene descritto in tutte le sue otto fasi.

La parte finale di questo mio lavoro, contiene un contributo realizzato dalla dottoressa Marina Balbo di Asti, in cui viene presentata l'integrazione dell'EMDR nel trattamento di un campione di pazienti con disturbi da Binge Eating.

CAPITOLO I

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Descrizione generale e dati epidemiologici: distribuzione, incidenza e prevalenza

I Disturbi del Comportamento Alimentare (Eating Disorders) sono classificati tra le malattie mentali e rientrano nell'area di competenza della psicopatologia, della psichiatria e della psicoterapia. Tuttavia, tra le malattie mentali, sono forse quelle che presentano più zone d'intersezione con altri settori della medicina, e che più richiedono, soprattutto in alcune fasi interventi coordinati di specialisti diversi. La compresenza nello stesso paziente d'alterazioni fisiche e disturbi psichici, indipendentemente dal loro movente eziopatogenetico, rende indispensabile una collaborazione pluridisciplinare per un corretto inquadramento diagnostico e per un adeguato indirizzo terapeutico.

Secondo Cassano: “Se è vero che alterazioni del comportamento alimentare sono presenti in molte condizioni psicopatologiche, è altrettanto vero che, quando sono presenti nella loro piena espressione clinica, i Disturbi della Condotta Alimentare costituiscono quadri morbosi così peculiari e costanti da imporre la loro precisa individuazione e riconoscimento come entità nosografiche autonome” (1992).

Nella nosografia recente, in particolare nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association, IV edizione, il capitolo dedicato ai Disturbi dell'Alimentazione comprende l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa, i più comuni disturbi del comportamento alimentare e i Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (meno specifici o meno

tipici). Nell'appendice, per le nuove categorie allo studio, è invece stato inserito il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorders).

Distribuzione, incidenza e prevalenza

Nella tabella è riportata solo la distribuzione dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa, perché poco si sa sulla reale distribuzione dei disturbi alimentari atipici. Recenti studi hanno, però, evidenziato che circa il 50% dei pazienti che richiedono un trattamento specialistico soddisfano la diagnosi di disturbo dell'alimentazione atipico.

Tabella 2	Distribuzione dei disturbi dell'alimentazione	
	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Età	Adolescenza	Giovani adulti
Sesso	90% femmine	Femmine in modo prevalente
Prevalenza	0.3% nelle adolescenti	1% donne tra 16 e 35 anni
Incidenza	19 nelle femmine, 2 nei maschi	29 nelle femmine, 1 nei m.
Modificazioni secolari	Possibile incremento	Incremento

Tratta da Fairburn C. G. et al. (2003), pp. 407-416.

La ricerca epidemiologica, che si occupa della stima degli indici d'incidenza (frequenza di nuovi casi osservati in un'unità di tempo nell'ambito di una certa popolazione) e di prevalenza (numero di casi di malattia rilevabili in un dato momento nell'ambito di una certa popolazione) ha consentito di fare delle riflessioni importanti sulla distribuzione di tali disturbi.

Negli ultimi anni i Disturbi Alimentari sono aumentati in tutto l'Occidente, mentre iniziano ad essere segnalati casi anche tra i benestanti del Terzo Mondo. I disturbi patologici dell'alimentazione derivano principalmente da relazioni

sociali e familiari difficili: quando queste ultime non funzionano creano un terreno fertile per tutti quei modelli sociali distorti corresponsabili di possibili disturbi. Nei paesi Occidentali in cui la magrezza è un valore socialmente importante e desiderabile vi è quindi un'incidenza superiore: il suddetto modello culturale è divulgato attraverso messaggi veicolati da riviste, films, televisione e pubblicità che riconducono il rispetto e l'amabilità di una persona alla "perfetta forma fisica". Le adolescenti occidentali ricorrono allo stereotipo femminile proposto dal mondo della moda, nella continua ricerca dell'approvazione altrui. Nella società attuale la figura femminile è sottoposta a richieste spesso inconciliabili e contraddittorie che le impongono d'essere moglie e madre premurosa, donna attraente, curata e allo stesso tempo la spingono a competere intellettualmente con gli uomini.

Un'eccessiva preoccupazione per le forme corporee, il controllo dell'atto del mangiare, il pensiero del cibo, diventano facilmente comportamenti ossessivi che possono nascondere una patologia più profonda: questa colpisce fondamentalmente giovani donne che, mentre lottano contro il proprio corpo, combattono disperatamente, in realtà anche contro la sensazione d'essere inadeguate e di non essere in grado di condurre la propria vita autonomamente.

I disturbi del comportamento alimentare interessano anche il mondo maschile, seppure in modo minore, ed evidenziano l'evoluzione di un contesto culturale che riduce sempre più le differenze tra i ruoli maschile e femminile. Il mondo femminile è più soggetto a queste patologie poiché si sottopone più frequentemente a diete, che aumentano la probabilità di sviluppare disturbi dell'alimentazione.

Nella seguente tabella sono riportate le principali caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione:

Tabella	Distribuzione dei disturbi alimentari	
	Anoressia Nervosa	Bulimia Nervosa
<i>Distribuzione mondiale</i>	Società occidentali in modo predominante	Società occidentali in modo predominante
<i>Età</i>	Adolescenza (alcuni giovani adulti)	Giovani adulti (alcuni adolescenti)
<i>Sesso</i>	90% femmine	Femmine in modo predominante (proporzione incerta)
<i>Classe Sociale</i>	Possibile maggiore prevalenza nelle classi sociali elevate	Distribuita in tutte le classi
<i>Prevalenza</i>	0,3% (nelle adolescenti)	1% (nelle femmine tra 16-35 anni)
<i>Incidenza (per 100.000 abitanti/anno)</i>	19 nelle femmine, 2 nei maschi	29 nelle femmine, 1 nei maschi
<i>Modificazioni secolari</i>	Possibile incremento	Incremento

Tratta da Fairburn C. G. e Harrison P. J., (2003), pp. 407-416.

Caratteristiche cliniche generali e fattori di rischio

L'eccessiva importanza attribuita all'alimentazione, al peso, alle forme corporee e al loro controllo è considerata la psicopatologia centrale sia dell'Anoressia Nervosa sia della Bulimia Nervosa che del Disturbo da Alimentazione Incontrollata. In tutti e tre i disturbi dell'alimentazione, sono presenti alcuni comportamenti specifici, come ad esempio il body checking (controllare di continuo il peso e le forme), l'evitare l'esposizione del corpo e la sensazione d'essere grassi. I dati ricavati dalla ricerca sui fattori di rischio indicano che i disturbi dell'alimentazione derivano da una predisposizione genetica e da fattori di rischio ambientali. La predisposizione genetica è suggerita dall'osservazione che i disturbi dell'alimentazione e certi tratti della personalità "corrono nelle famiglie" e che sono più prevalenti nei gemelli

monozigoti rispetto a quelli eterozigoti. La predisposizione genetica è anche supportata da alcuni studi preliminari di genetica molecolare.

Il ruolo dei fattori di rischio ambientali è ricavato da numerose ricerche eseguite negli ultimi anni. I vari fattori di rischio variano a seconda della loro natura e specificità; alcuni derivano da esperienze negative accadute prima dell'insorgenza del disturbo dell'alimentazione e sono osservabili anche in altri disturbi mentali. Garner e Garfinkel (1982) hanno inoltre individuato in relazione a queste patologie una serie di fattori di rischio individuali, familiari e culturali che possono avere funzioni predisponenti, scatenanti e/o cronicizzanti.

- Fattori predisponenti:

- Individuali*

- Sviluppo della personalità deficitario quanto ad autostima, identità, autonomia

- Disturbi nella sfera percettiva e cognitiva

- Eccessiva preoccupazione per il peso corporeo

- Traumi perinatali

- Concomitanza d'altre patologie

- Familiari*

- Caratteristiche demografiche

- Parametri educativi d'alimentazione, bellezza, performance

- Familiarità per disturbi affettivi, abuso di sostanze, anoressia nervosa, obesità

- Pattern specifici d'interazione genitori e figli

- Culturali*

- Modelli estetici di magrezza

- Modelli di performance

- Fattori scatenanti

Individuali, familiari e culturali

Dieta alimentare

Separazione e perdita

Alterazioni dell'omeostasi familiare

Eventi stressanti consci o inconsci

Minacce dirette all'autostima

Malattie concomitanti

La ricerca psicologica degli ultimi anni ha prestato una notevole attenzione all'osservazione diretta e alla descrizione accurata delle modalità comportamentali con cui si esprimono i disturbi della condotta alimentare: l'ipotesi di base è che vi sia una specifica organizzazione cognitivo-comportamentale (Guidano e Liotti, 1979,1983; Liotti, 1984a, 1984b) che sta a fondamento della predisposizione a tutti i comportamenti alimentari abnormi d'origine psicogena. Nelle persone affette da questa tipologia di disturbi sembra operare uno schema interpersonale connesso ad una rappresentazione dell'altro come inaffidabile e/o in qualche modo minaccioso; corrispondentemente, il Sé è rappresentato come particolarmente vulnerabile nell'incontro con altre persone significative o potenzialmente significative. La ricerca psicologica segnala come fattori di rischio alcune tipologie familiari in cui il clima generale della comunicazione tra i vari membri è caratterizzato da una diffusa tendenza a nascondere i problemi e le difficoltà personali. Gli studi soprattutto relazionali e sistemici delle famiglie d'anoressiche e bulimiche (Selvini Palazzoli, 1988; Minuchin, 1980) focalizzano l'attenzione sui meccanismi d'invischiamento familiare (coinvolgimento dei figli nelle problematiche familiari) e d'iperprotettività dei genitori. Durante la sua lunga esperienza di psicoterapia,

Mara Selvini Palazzoli, ha raccolto una serie di dati sul rapporto tra i vari membri nelle famiglie con figlie anoressiche. Nella maggior parte di queste famiglie sovente manca un valido rapporto affettivo e il clima è caratterizzato da frequenti litigi; ma anche quando l'ambiente non è perturbato da continui conflitti, esiste sempre uno stato di tensione latente, una certa tendenza al malumore e all'irritabilità e una forte tendenza alle discussioni interminabili su futili motivi con l'unico scopo di dare sfogo a quell'aggressività che ha bisogno di emergere. Il clima generale della comunicazione tra i vari membri della famiglia è contrassegnato da una diffusa tendenza a nascondere i problemi e le difficoltà personali: i membri della famiglia usano spesso schemi comunicativi indiretti o contraddittori, quasi sempre, caratterizzati da commenti critici e da atteggiamenti intrusivi negli spazi di vita altrui. In queste famiglie spesso è la madre a ricoprire il ruolo di dominante, mentre il padre ha frequentemente un ruolo periferico, è emotivamente assente e poco disponibile al colloquio. La madre, nella società attuale, affaticata e stressata dal peso del doppio ruolo di madre e lavoratrice ha poche energie per intuire e percepire eventuali disagi della figlia e questa, avendo difficoltà a parlare con una madre eternamente stressata, può sviluppare nei suoi confronti un attaccamento "ansioso-evitante". La sofferenza determinata da questa tipologia d'attaccamento può determinare, per difesa, lo sviluppo degli atteggiamenti individualistici e narcisistici che accompagnano i disturbi del comportamento alimentare. Inoltre si è visto come spesso in queste famiglie la madre abbia un'alimentazione complicata e faticosa e come la consideri un obbligo e un tormento; l'importanza dell'alimentazione è, peraltro, costantemente ribadita anche se i pasti vengono consumati in un'atmosfera di reciproca critica e malumore. Secondo Liotti (1988) la descrizione dell'ambiente familiare in cui si sviluppano i disturbi alimentari lascia pochi dubbi all'ipotesi che queste pazienti abbiano sviluppato, all'inizio della loro vita, un modello

d'attaccamento insicuro. Il bambino con un attaccamento insicuro costruisce schemi interpersonali in cui la figura d'attaccamento è rappresentata come inaffidabile, indisponibile o intrusiva, mentre il sé è rappresentato non solo come distante dall'altro, ma anche come impegnato nel necessario sforzo di controllare i propri bisogni e desideri di protezione e conforto.

Tra le caratteristiche di personalità individuate dalla ricerca psicologica e psichiatrica come fattori soggettivi predisponenti tale tipologia di disturbi si segnalano: tratti ossessivi, perfezionismo, dipendenza, intolleranza alle frustrazioni, tendenza all'autosvalutazione (Fairburn et al., 1999).

La tabella riporta un elenco dei potenziali fattori di rischio dei disturbi della condotta alimentare studiati negli ultimi anni della ricerca.

Tabella	Principali fattori di rischio dei disturbi dell'alimentazione
<p>Fattori di rischio generali Sesso Femminile Adolescenza e prima età adulta Vivere in una società occidentale</p> <p>Fattori di rischio specifici-individuali</p> <p><i>Storia familiare</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disturbi dell'alimentazione • Depressione • Alcolismo (bulimia nervosa) • Obesità (bulimia nervosa) <p><i>Esperienze premorbose</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemi con i genitori (specialmente basso contatto, alte aspettative, dispute genitoriali) • Abusi sessuali • Diete tra i familiari • Commenti negativi sull'alimentazione, il peso e le forme corporee da familiari o altri • Lavori o attività ricreative che incoraggiano la magrezza • Esposizione ad immagini di persone magre nei media <p><i>Caratteristiche premorbose</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bassa autostima • Perfezionismo (anoressia nervosa e in misura minore bulimia nervosa) • Interiorizzazione dell'ideale di magrezza • Ansia e disturbi d'ansia • Obesità (bulimia nervosa) 	

Tratta da Fairburn CG e Harrison PJ, (2003), pp. 407-416.

L'Anoressia Nervosa

La parola anoressia significa letteralmente “perdita dell'appetito”, ma se viene usata per definire le pazienti anoressiche non è corretta in quanto in queste non si ha la perdita dell'appetito bensì il rifiuto di mangiare. In realtà il cibo è per le cosiddette anoressiche, ad un'osservazione sufficientemente acuta, importantissimo, anzi, la cosa più importante. Il cibo non è affatto argomento sgradevole di conversazione per queste pazienti, purché non si tratti del “loro cibo”; è molto frequente l'interesse per la cucina, la conoscenza di molte ricette e l'hobby di cucinare per gli altri dolci e piatti elaborati.

Nel DSM IV viene riservata una sezione specifica per i disturbi della condotta alimentare e viene fatta una distinzione tra la tipologia restrittiva e quella con condotte d'eliminazione. I criteri diagnostici per l'Anoressia Nervosa evidenziati dal DSM IV sono:

- A.** Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto)
- B.** Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- C.** Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli d'autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione d'ormoni, per es. estrogeni).

Sottotipi:

- *Con Restrizioni:* nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa, il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte d'eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).
- *Con Abbuffate/Condotte di eliminazione:* nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica più tipica dell'Anoressia Nervosa è la severa perdita di peso ed il raggiungimento di peso corporeo molto basso, che può determinare dei gravi rischi per la salute. Nelle pazienti anoressiche si nota un rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e per la statura; vi è un'intensa paura di acquistare peso o di diventare grasse, anche quando in realtà sono sottopeso. Un altro criterio diagnostico molto importante è l'amenorrea, cioè l'assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi nelle donne che hanno già avuto il menarca. L'amenorrea è legata a livelli patologicamente bassi di estrogeni circolanti, dovuti ad una diminuita secrezione di FSH e LH ipofisari ed è la spia di una disfunzione endocrina. Queste, dunque, sono le tre caratteristiche indispensabili per poter

fare una diagnosi d'anoressia nervosa: la paura fobica di aumentare di peso, la perdita di peso e l'amenorrea.

La perdita di peso è principalmente dovuta alla dieta ferrea e severamente ipocalorica. Alcuni pazienti per perdere peso eseguono un'attività fisica pesante ed eccessiva anche per molte ore al giorno. Altri per dimagrire si auto-inducono il vomito od usano altre forme inadeguate per la salute, come l'uso inappropriato di lassativi o di diuretici. La perdita di peso è primariamente ottenuta tramite la riduzione della quantità totale di cibo assunta. Sebbene la restrizione calorica possa essere inizialmente limitata all'esclusione di alimenti considerati ipercalorici, nella maggior parte dei casi questi soggetti finiscono per avere un'alimentazione rigidamente limitata a poche categorie di cibi. Nel criterio A viene fornito un valore di riferimento: è considerato sottopeso un individuo con un peso corporeo al di sotto dell'85% del peso normale per età ed altezza (questo è calcolato con riferimento alle tabelle usate dalle Compagnie di Assicurazione per le polizze sulla vita o ai diagrammi di crescita pediatrici). In alternativa per la corretta valutazione dell'adeguatezza del rapporto peso/altezza si fa spesso riferimento all'Indice di Massa Corporea (Body Mass Index, BMI), che è dato dal rapporto tra il peso in chilogrammi e l'altezza, espressa in centimetri ed elevata al quadrato: $BMI = \text{peso}/\text{altezza}^2$. Viene considerato normale un BMI compreso tra 19.5 e 24.5 per i maschi, e tra 18.5 e 23.5 per le donne. E' infine importante valutare anche la costituzione e la storia anamnestica del peso corporeo di ogni singolo individuo nello stabilire un peso minimo normale.

La percezione ed il valore attribuiti all'aspetto fisico ed al peso corporeo risultano considerevolmente distorti; alcuni soggetti si vedono grassi rispetto alla totalità del loro corpo, altri ammettendo la propria magrezza, percepiscono come "troppo grasse" alcune parti del corpo come i glutei e le cosce. Possono adottare svariate tecniche per valutare le dimensioni e il peso, come pesarsi di continuo,

misurarsi ossessivamente con il metro, controllarsi ripetutamente allo specchio. Nei soggetti con Anoressia Nervosa i livelli di autostima sono pesantemente influenzati dalla forma fisica; la perdita di peso, quindi, viene giudicata come una straordinaria conquista mentre l'incremento ponderale viene esperito come un'inaccettabile perdita del proprio self-control.

Studi eziopatogenetici

La vasta letteratura sull'Anoressia ne riconosce le cause in tre aree principali:

1. Fattori economici e socio-culturali;
2. Fattori individuali;
3. Fattori legati all'ambiente familiare.

I fattori economici e socio culturali

L'anoressia mentale è una patologia che prevale nei paesi ad alto livello di sviluppo e nelle classi sociali elevate, quasi esclusivamente nel sesso femminile anche se attualmente le ricerche evidenziano un dilagare di questa patologia anche tra le classi piccolo-borghesi e operaie. Negli ultimi decenni nella nostra società si sono verificate modificazioni sia a livello economico che a livello culturale, vi è stata una notevole spinta al consumo e si è instaurato uno stile di vita caratterizzato dal culto del corpo e della bellezza fisica. Il corpo e la forma fisica sono diventati valori fondamentali e l'apparire in forma consente di vivere più serenamente il rapporto con gli altri. Il culto per il fisico perfetto ha trovato poi nei mass media lo strumento principale di affermazione e nei programmi televisivi il luogo di un continuo inneggiare alla magrezza indicata come modello di perfezione. Uno degli effetti più vistosi di tale situazione è dato dal fatto che le adolescenti occidentali si riferiscono nei loro comportamenti ad uno stereotipo

femminile dettato dalla moda alla continua ricerca, sulla base di quello stereotipo, dell'approvazione altrui.

Fattori individuali

Età. L'esordio si colloca in età post-puberale o adolescenziale ed interessa la fascia di età tra i 12 e 25 anni, con due picchi di maggior frequenza a 14 e 18 anni; l'adolescente è un soggetto a rischio a causa della debolezza dell'io e della personalità. Il corpo si trova in posizione centrale nella maggior parte dei problemi e dei conflitti dell'adolescente; le trasformazioni morfologiche della pubertà rimettono in discussione l'immagine del proprio corpo che il bambino si era costruito.

Sesso. Vi è una netta prevalenza di questo disturbo nella popolazione femminile; le donne sono più vulnerabili a questo tipo di disturbo per vari fattori di natura biologica e socio-culturale.

Fattori legati allo sviluppo. Brusset e Lesine (1979), in un campionamento di bambini di entrambi i sessi, hanno rilevato che: "Il 34% delle madri rifiutava di allattare al seno le figlie perché consideravano questa fatica come un lavoro forzato, o perché ne erano impedita da ragioni di lavoro...". L'importanza dell'allattamento al seno è testimoniata da vari autori: è il primo contatto fisico ed emotivo tra la madre e il bambino. Un neonato mette a fuoco il viso della mamma solo a distanza ravvicinata cioè quando lei lo allatta; per questo è importante che, mentre lo nutre la mamma lo guardi e gli parli. Questo lo fa sentire amato, lo introduce nel mondo e garantisce un sostegno importante al suo sviluppo. Gli occhi della mamma che lo guardano mentre lo nutre, sono il primo specchio in cui il bambino si riconosce. Nel bambino la conferma che il seno della madre è lì, tutto per lui, ogni volta che ne ha bisogno, crea le premesse per avere fiducia verso la vita e verso gli altri.

Fattori Familiari

Nell'ambito della terapia familiare vari autori hanno osservato le modalità di funzionamento e comunicative della famiglia con pazienti anoressiche; vi è un sostanziale accordo nel descrivere la famiglia di queste pazienti come una famiglia con una struttura invischiata in cui, in altre parole, non esistono confini certi tra i vari sottosistemi (Selvini Palazzoli, 1988; Minuchin, 1980). Secondo Minuchin si tratta di famiglie in cui i valori di lealtà e di protezione dei membri che la compongono, hanno la precedenza sui valori d'autonomia e di crescita e realizzazione personali. Un bambino che cresce in un sistema invischiato apprende dunque a subordinare il proprio sé agli altri; i bisogni personali passano in secondo piano e le attività svolte hanno lo scopo di ottenere l'approvazione degli altri. I genitori, inoltre, sono spesso iperprotettivi e non consentirebbero al figlio di affrontare il processo di crescita e maturazione in modo equilibrato. Mara Selvini Palazzoli (1988) e il suo gruppo di lavoro milanese, distinguono, per quanto riguarda le dinamiche familiari due tipi di figlia anoressica, il tipo A e il tipo B. Il tipo A ha vissuto la sua infanzia all'ombra della madre, è la bambina modello, bravissima a scuola, che non dà preoccupazioni: in questa tipologia di pazienti la sindrome anoressica inizia quando nell'adolescenza il rapporto con la madre è causa di una grossa delusione affettiva e il tentativo di rivolgersi al padre fallisce. L'anoressica di tipo B, molto più rara, è sempre stata dalla parte del padre, lo ammira molto ed è ricambiata da altrettanta stima; questa valorizzazione si pone all'interno di un rapporto segnato dall'ambiguità: in realtà è un modo sottile usato dal padre per opporre la figlia ad una moglie sentita come più ignorante, più grossolana. In questo caso il sintomo anoressico inizia dopo una delusione dell'investimento affettivo che la paziente fa sul padre e il fallimento del tentativo di rivolgersi alla madre.

La scuola di pensiero cognitiva pone l'accento su un'esperienza di delusione affettiva adolescenziale come causa scatenante l'anorexia. Secondo Liotti (1988) il clima generale della comunicazione tra i vari membri è caratterizzato da una tendenza a nascondere i problemi e le difficoltà personali; l'abitudine a celare i propri sentimenti e interessi contribuiscono a creare un vuoto e un isolamento comunicativo. Il padre, di solito, anche se non mancano le eccezioni, è descritto come più emotivamente aperto e affettuoso rispetto alla madre; con l'avvicinarsi della pubertà, però, il padre si dimostra egoista, affettivamente distaccato e inadeguato rispetto alle esigenze emotive della figlia. Ne consegue un'esperienza di delusione, che spesso è attribuita in modo confuso e alternante a sé e al padre, in seguito a questa frustrazione, il rapporto col padre diviene esplicitamente conflittuale e più o meno chiaramente ostile.

La Bulimia Nervosa

Nel vocabolario medico-psichiatrico "bulimia" indica da molti secoli un sintomo; solo da pochi anni indica anche una sindrome. La parola bulimia deriva dal greco e significa letteralmente "fame da bue". La metafora animale che è alle origini del termine bulimia riflette il modo in cui molte pazienti affette da disturbi bulimici vivono il cibo: come una funzione inferiore e degradante, un bisogno bestiale incontenibile e minaccioso.

La data di nascita del concetto di bulimia come entità nosografica autonoma può essere collocata nel 1979; a quell'anno risale la pubblicazione (*Psychological Medicine*, 9,429-448,1979) di un articolo di Russell intitolato "Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa".

IL DSM IV ha accolto l'espressione "bulimia nervosa" per indicare la categoria nosografica e ha fissato cinque criteri diagnostici:

A. Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:

- Mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
- Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

X. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte la settimana, per tre mesi.

Δ. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Sottotipi:

- *Con Condotte di Eliminazione:* nell'episodio attuale di bulimia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

- *Senza Condotte di Eliminazione*: nell'episodio, attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.

Caratteristiche diagnostiche

Le manifestazioni essenziali della Bulimia Nervosa sono: presenza di abbuffate e di inappropriati metodi compensatori per prevenire il conseguente aumento di peso. Inoltre i livelli di autostima sono, nei soggetti con bulimia nervosa, eccessivamente condizionati dalla forma e dal peso corporeo. Per giustificare la diagnosi, il soggetto deve avere un minimo di due episodi di abbuffate e di comportamenti compensatori inappropriati la settimana per almeno tre mesi.

Un'abbuffata, o crisi bulimica, è definita come l'ingestione in un determinato periodo di tempo di una quantità di cibo più grande rispetto a quanto la maggioranza degli individui assumerebbe in circostanze simili. Sebbene il tipo di cibo ingerito durante l'abbuffata vari ampiamente, generalmente comprende dolci, ipercalorici, come gelati o torte; comunque, ciò che sembra caratterizzare l'abbuffata è soprattutto l'anomalia nella quantità del cibo piuttosto che la compulsione verso un alimento specifico.

I soggetti con Bulimia Nervosa solitamente si vergognano delle loro abitudini alimentari patologiche e tentano di nasconderle. Le crisi bulimiche avvengono in solitudine, quanto più segretamente possibile; l'episodio può essere più o meno pianificato, ed è di solito caratterizzato dalla rapidità di ingestione del cibo. Non c'è piacere nell'abbuffarsi, c'è neutralità affettiva; solo in seguito, durante le "crisi" emergono intense emozioni, quali il senso di colpa, la vergogna, l'angoscia, la rabbia e la perdita di autocontrollo e di autostima. Solitamente,

anche se non sempre, sono i comportamenti compensatori che riescono a lenire una tale tempesta emotiva. Tra i metodi tesi a neutralizzare gli effetti dell'abbuffata, quello più frequentemente utilizzato è l'autoinduzione del vomito dopo la crisi bulimica. I soggetti affetti da Bulimia Nervosa possono adoperare diversi stratagemmi per indurre il vomito, come l'uso delle dita o di altri strumenti per scatenare il riflesso del vomito attraverso la stimolazione della faringe. Altre condotte di eliminazione sono rappresentate dall'uso inappropriato di lassativi e diuretici. Altre misure compensatorie per le abbuffate sono il digiuno nei giorni successivi all'abbuffata o l'esercizio fisico eccessivo.

I soggetti bulimici pongono un'inadeguata enfasi sulla forma fisica e sul peso per la valutazione di sé, e questi fattori influenzano decisamente i livelli di autostima.

Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati

Sino alla fine degli anni '70 l'unico disturbo del comportamento alimentare (DCA) per il quale esistevano precisi criteri diagnostici era l'anoressia nervosa; solo successivamente il DSM-III ha introdotto la diagnosi di bulimia nervosa.

Più recentemente con l'introduzione del DSM IV è andato diffondendosi un sempre maggiore numero di casi che non rispondevano ai criteri diagnostici per l'anoressia nervosa o per la bulimia nervosa e che hanno ricevuto diagnosi di DCA Non Altrimenti Specificati. In questa categoria rientrano tutti quei casi in cui i soggetti intraprendono con eccezionale frequenza abbuffate alimentari ma che a differenza dei soggetti affetti da bulimia non utilizzano strategie

compensatorie atte a ridurre l'incremento ponderale. Ad essi viene attribuito un disturbo denominato Binge Eating Disorders (BED), Disturbo Da Alimentazione Incontrollata nella versione italiana del DSM IV, che ha suscitato negli ultimi anni un crescente interesse per il suo stretto legame con l'obesità.

Binge Eating Disorders

Alla fine degli anni Cinquanta il dottor Albert Stunkard dell'università della Pennsylvania nei suoi studi su sottogruppi di pazienti obesi rilevò problemi significativi di abbuffate compulsive; è solo negli ultimi anni, però, che questo disturbo ha ricevuto grande attenzione. E' stato calcolato che sono affetti da BED circa un terzo degli individui che si rivolgono a degli specialisti per perdere peso (Spitzer et al., 1992), mentre la prevalenza nella popolazione dei soggetti in soprappeso sarebbe del 10% e nella popolazione generale del 2% (Bruce et al., 1992). Il BED si differenzia dalla bulimia nervosa perché le crisi non vengono poi seguite dal vomito o dall'assunzione di lassativi; ciò spiega perché la maggior parte delle persone con bulimia nervosa sia normopeso, mentre quelle con BED in soprappeso o obese. L'altra caratteristica di questi pazienti è che le abbuffate sono accompagnate da vari problemi psicologici quali bassa autostima, depressione maggiore, ansia e difficoltà nelle relazioni interpersonali.

Criteri di ricerca del DSM IV per il Disturbo di Alimentazione Incontrollata (appendice B):

1. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi.

- Mangiare, in un periodo definito di tempo una quantità di cibo più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili
 - Sensazione di perdita del controllo durante l'episodio
2. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre o più dei seguenti sintomi:
- Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - Mangiare fino sentirsi spiacevolmente pieni.
 - Mangiare grosse quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
 - Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 - Sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.
3. E' presente un marcato disgusto rispetto al mangiare incontrollato.
4. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, due giorni la settimana in un periodo di sei mesi. (Il metodo per determinare la frequenza è diverso da quello usato per la bulimia nervosa; la ricerca futura dovrebbe indicare se il metodo preferibile per individuare una frequenza-soglia sia quello di contare il numero di giorni in cui si verificano le abbuffate, oppure quello di contare il numero di episodi di alimentazione incontrollata).
5. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (uso di lassativi,

digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Caratteristiche diagnostiche

Dal punto di vista clinico l'aspetto peculiare del BED è rappresentato dall'abbuffata che a differenza della bulimia nervosa non si presenta sotto forma di singole crisi nel corso della giornata, bensì, il soggetto, in alcuni giorni ingerisce grosse quantità di cibo durante le ventiquattro ore, mentre in altri è presente un'alimentazione normale o addirittura ristretta. I cibi che vengono ricercati durante queste abbuffate di tipo compulsivo sono prevalentemente ad alto contenuto di grassi anche i carboidrati sono presenti ma non in proporzioni eccessive rispetto alla loro normale assunzione durante gli altri pasti. In genere vengono preferiti proprio quegli alimenti che il soggetto di solito non si concede perché li ritiene "pericolosi" da un punto di vista calorico. In media si possono presentare 3-4 giorni "binge" nell'arco di una settimana. Gli eccessi alimentari non sono associati a comportamenti compensatori, ma una parte dei pazienti può presentare sporadicamente abuso di lassativi ed episodi di vomito autoindotto, mentre non è presente la tendenza ad eccedere con l'attività fisica. Secondo Fairburn (1996) le persone colpite dal Binge Eating Disorders, a differenza dei soggetti bulimici, non ricorrono a diete ferree ed a condotte di compenso, ma alternano fasi di diete a periodi di sovralimentazione anche al di fuori dell'abbuffata. Spesso la storia di queste pazienti è caratterizzata da un elevato numero di diete, anche se alla fine non riescono a dimagrire perché si arrendono regolarmente; più la dieta è restrittiva e ipocalorica e più facilmente eccedono in abbuffate compulsive con un circolo vizioso inarrestabile. Tale tipologia di pazienti vede solo gli aspetti positivi, del cibo introdotto, a breve termine e non

gli effetti negativi a lungo termine; si concentra solo sull'immediato e non sulle conseguenze.

Per poter fare una diagnosi di Binge Eating Disorders il soggetto deve rispondere a tre o più condizioni, quali: mangiare più velocemente del normale, introdurre cibo fino a sentirsi spiacevolmente colmi, ingerire un'eccessiva quantità di cibo senza avere fame, mangiare in solitudine oppressi dall'imbarazzo per la quantità esagerata di cibo assunta, esperire depressione e sentimenti di colpa dopo le abbuffate. Il comportamento compulsivo è caratterizzato dal vissuto di "perdita di controllo sul cibo" adottato come principale strumento di analisi differenziale tra abbuffata compulsiva, sovrabbondante alimentazione e semplice indulgenza.

I principali disturbi verso i quali va posta diagnosi differenziale con BED sono costituiti dall'obesità e dalla Bulimia Nervosa. Come è stato rilevato nelle cliniche dimagranti, circa un terzo dei pazienti obesi presenta diagnosi di BED. Tra obesi BED e non BED sono state osservate delle differenze negli esami di laboratorio ed una maggiore frequenza di:

1. depressione
2. ampie fluttuazioni del peso
3. disturbi correlati all'eccesso di peso

Data la molteplicità delle manifestazioni cliniche BED, il suo trattamento richiede l'integrazione di diversi approcci terapeutici che vanno ad agire sul disturbo della condotta alimentare e sull'obesità presente nella maggioranza dei casi.

CAPITOLO II

TRAUMA E SVILUPPO PATOLOGICO DELLA PERSONALITÀ

Il trauma: conseguenze a medio e a lungo termine

L'essere umano è un animale sociale, il cui funzionamento è radicato nella natura della matrice sociale in cui è inserito; da ciò consegue che la rottura o l'alterazione dei rapporti interpersonali, che costituiscono questa matrice, avrà delle profonde ripercussioni sul funzionamento sia biologico sia psicologico dell'individuo. Questa semplice riflessione sta alla base degli studi sugli effetti a breve e a lungo termine del trauma, che solo recentemente hanno trovato un diritto di rappresentanza all'interno delle aree d'indagine della psicopatologia contemporanea. Un contributo determinante allo studio del trauma e delle origini della violenza è stato portato dalla psicologia delle relazioni oggettuali (Horner), dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby e dalla psicologia del Sé di Kohut; questi autori hanno evidenziato l'importanza delle relazioni interpersonali, in particolare di quelle precoci, nel determinare il modo in cui percepiamo noi stessi e ci relazioniamo con gli altri. Nel 1980 è stato introdotto nel DSM-III il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) come entità nosografica autonoma; questo ha dato ulteriore impulso alla ricerca sui rapporti tra eventi traumatici, reazioni a breve e a lungo termine e psicopatologia. In realtà già nel 1889 Pierre Janet si era occupato delle reazioni post-traumatiche, descrivendo la dissociazione come principale meccanismo di difesa utilizzato durante il trauma. Janet affermò che le persone traumatizzate sono bloccate e fissate al trauma, e

incapaci di integrare le memorie traumatiche, descrivendo quella che oggi viene detta “memoria procedurale” in cui le informazioni sono immagazzinate sottoforma di sensazioni, emozioni, non accessibili in modo diretto alla memoria. Egli osservò che tali pazienti sembravano reagire ai ricordi del trauma con risposte di emergenza, che erano state sollecitate durante l’episodio originale, ma che non avevano relazioni con l’evento attuale. Janet, inoltre, notò che le vittime ancorate al trauma, erano incapaci di apprendere dall’esperienza poiché tutte le loro energie erano rivolte al controllo delle emozioni, a scapito del porre attenzione alle esigenze correnti. Janet descriveva in realtà il PTSD, ma passò quasi un secolo prima che la comunità scientifica riconoscesse come una vera e propria patologia psichiatrica tale disturbo e lo introducesse come entità nosografica autonoma.

L’attenzione è andata in seguito progressivamente spostandosi dagli effetti degli eventi traumatici discreti, o maggiori, alle situazioni cronicamente traumatizzanti, che trovano il loro fulcro nelle dinamiche relazionali significative, in particolare tra bambino e figure d’attaccamento. Essere vittima di un’esperienza traumatica implica emozioni di paura e dolore e la costruzione di un sé vulnerabile; queste sono proprio le condizioni di base per l’attivazione del sistema di attaccamento, che regola nel corso della vita la ricerca di conforto nelle situazioni di pericolo. L’attaccamento costituisce uno dei sistemi di controllo del comportamento che motiva il bambino a ricercare e a mantenere nelle situazioni di pericolo, la vicinanza fisica con la figura di riferimento allo scopo di ottenere protezione. I comportamenti di attaccamento manifestati dal bambino sono il risultato della qualità delle interazioni precoci e determinano il modo in cui il bambino processa le informazioni. A partire dal primo anno di vita, anche grazie allo sviluppo da parte del bambino di competenze cognitive/affettive/ comportamentali, l’attaccamento diviene un sistema di rappresentazioni

mentali, i Modelli Operativi Interni. Questi modelli mentali contengono le esperienze vissute e divengono un filtro di lettura della realtà. I Modelli Operativi Interni, costruiti sulla base delle esperienze precoci di attaccamento, costituiscono dei criteri di riferimento e conferiscono al soggetto il grado di fiducia sulla possibilità di ricevere cure e protezione adeguate alle richieste. I pattern di attaccamento individuati da Mary Ainsworth (1978) sono quattro: l'attaccamento *evitante* o "A", *sicuro* o "B", *ambivalente* o "C" e *disorganizzato/disorientato* o "D". I primi tre modelli identificati (A, B, C) appaiono sufficientemente finalizzati, coerenti e integrati, il quarto (D) invece sembra essere costituito da sequenze comportamentali scarsamente finalizzate e apparentemente disorganizzate. Il pattern D è connesso a esperienze di intensa paura nell'interazioni con le figure d'attaccamento significative. Studi recenti hanno evidenziato che il pattern D è presente nell'80% dei bambini provenienti da ambienti familiari maltrattanti, trascuranti o con genitori disturbati (Main, 1995). Secondo questa autrice il modello D è espressione dell'effetto precoce del trauma psicologico, poiché l'aspetto centrale che sta alla base è la presenza di un genitore che, invece di fornire una "base sicura" alle richieste del bambino, è esso stesso motivo di paura, o perché abusante, o perché incapace di offrire cure adeguate essendo lui stesso bisognoso di accudimento. Il pattern D è stato proposto come precursore evolutivo per lo sviluppo di gravi disturbi psicopatologici, come quelli borderline e dissociativi (Liotti, 1995). I Modelli Operativi Interni del pattern D non solo limitano le capacità del soggetto di ricercare protezione quando deve affrontare le conseguenze emotive del trauma, ma tendono ad amplificare una delle conseguenze di questo: la paura.

La rottura dei legami d'attaccamento, o una loro profonda inadeguatezza, possono determinare delle conseguenze gravi che danneggiano sia la capacità di

regolare l'affettività, che l'abilità di utilizzare le relazioni interpersonali per la modulazione degli stati affettivi interni.

La caratteristica centrale dei pazienti psichiatrici con un trauma infantile è la molteplicità delle diagnosi cui vanno incontro e la varietà dei trattamenti cui sono sottoposti, questo è collegabile all'estrema variabilità del quadro sintomatologico: paura, depressione, colpa, vergogna, rabbia, ostilità, episodi dissociativi, comportamenti sessuali ed alimentari inappropriati, sono i sintomi che frequentemente si riscontrano tra i pazienti vittime di abusi. Conseguenze a lungo termine comprendono uno scarso controllo dell'impulsività, sentimenti di auto-accusa, senso di vuoto, scarsa autostima e fiducia in se stessi, abuso di sostanze, comportamenti autolesionistici e problemi alimentari.

Nella prospettiva cognitivo-evoluzionista l'aspetto psicologico centrale del trauma è caratterizzato dalla perdita di fiducia che esista un ordine e una continuità nella esperienza soggettiva. La presenza di una *base sicura* interna o esterna, garantisce la possibilità di controllare e comprendere anche quelle situazioni, che per la loro complessità, superano le strategie di coping del soggetto. Il trauma impone all'individuo di riassetare le strutture mentali preesistenti, senza che venga distrutto il senso di continuità e coerenza della propria esistenza e quindi della propria identità personale. Queste capacità di riassetamento presuppongono lo sviluppo, nei primi anni di vita, di adeguati schemi cognitivo-affettivi, che regolano la percezione di sé, dell'altro e delle relazioni interpersonali. Quindi risulta comprensibile come "la forma di trauma psicologico più precoce, e forse più dannosa, sia la perdita di una base sicura" (van der Kolk, 1987).

Abuso sessuale infantile. Introduzione al fenomeno.

Quali possono essere le conseguenze?

Alcuni studi longitudinali effettuati negli anni '80 hanno stimolato i ricercatori ad indagare sull'esistenza di una possibile relazione tra una storia di esperienze traumatiche, ed in particolare maltrattamenti fisici ed abuso sessuale, e lo sviluppo dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Il Consiglio d'Europa del 1986 ha proposto la seguente definizione degli "Abusi": "Gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino".

L'abuso viene, quindi, considerato tale, non solo se costituito da agiti veri e propri, ma anche da carenze di atti che socialmente e culturalmente, si attenderebbe venissero effettuati per garantire ai bambini un normale sviluppo psicofisico.

La definizione elaborata dal CISMAI nella Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia del 1999, dice: l'abuso sessuale "è il coinvolgimento di un minore da parte di un partner preminente in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita. Esso si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo".

L'abuso sessuale infantile è un'esperienza traumatica che può pregiudicare il normale sviluppo biologico e psicologico dell'individuo; tali traumi infantili lasciano un vissuto di disperazione e vergogna che condiziona la vittima e la costringe ad isolarsi, a chiudersi in se stessa, a negare fiducia a sé ed agli altri, a sviluppare pulsioni di morte. L'abuso nel bambino costituisce una cascata di

eventi psichici, che hanno solo l'origine nel trauma, ma che vengono a svilupparsi successivamente proprio per difendersi dall'intolleranza del trauma stesso.

Non è stata ancora dimostrata l'esistenza di una connessione specifica e diretta tra violenza sessuale (o altre esperienze traumatiche) e successivo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare. Ma sia i dati delle ricerche esistenti sia l'esperienza clinica portata dai terapeuti che lavorano con questi pazienti sembrano condurre ad almeno una conclusione generale: la violenza sessuale e/o fisica di tipo grave subita durante l'infanzia e nella prima adolescenza mette in una condizione di particolare rischio di sviluppare disturbi psichiatrici, compresi i disturbi del comportamento alimentare.

Nell'ambito della letteratura scientifica, negli ultimi decenni, si è assistito al rapido moltiplicarsi degli studi su questo argomento.

Studi effettuati su campioni clinici

Oppenheimer, Howells, Palmer e Chaloner (1985) pubblicarono la prima ricerca su vasta scala effettuata su 78 pazienti ambulatoriali, nel 70% delle quali venne riscontrata la presenza di episodi di violenza sessuale subita durante l'infanzia e/o l'adolescenza. Da questa ricerca non emerse, però, alcuna relazione tra storia di violenza e tipo di disturbo alimentare diagnosticato.

Kearney-Cooke (1988) prese in considerazione un campione di 75 donne bulimiche e trovò una storia di trauma sessuale nel 58% delle pazienti. Lo studio di Root e Fallon, nello stesso anno, rilevò che su un gruppo di 172 pazienti con disturbi del comportamento alimentare, il 65% aveva subito maltrattamenti fisici, il 23% era stato stuprato, il 28% era stato vittima di violenza sessuale durante l'infanzia e il 23% aveva subito maltrattamenti nell'ambito delle relazioni di coppia.

Bulik, Sullivan e Rorty (1989) condussero una ricerca sulla violenza sessuale subita durante l'infanzia e sull'ambiente familiare di 34 pazienti bulimiche: il 34% dei soggetti di questo campione aveva subito in passato episodi di violenza. Steiger e Zanko (1990) nel loro studio posero a confronto la prevalenza di violenza sessuale accertata in un gruppo di 73 soggetti con disturbi del comportamento alimentare e in altri due gruppi di controllo, uno composto da 21 pazienti psichiatriche e l'altro formato da 24 donne "normali". Da questo studio emerse che, tra le donne appartenenti al gruppo con disturbi del comportamento alimentare, circa il 30% riferiva di aver subito violenza sessuale, contro il 33% delle pazienti psichiatriche e il 24% delle donne "normali". All'interno del gruppo di pazienti con disturbi del comportamento alimentare, la percentuale di quelle affette da anoressia "di tipo restrittivo" che avevano subito violenza sessuale, rispetto agli altri gruppi era nettamente inferiore (il 6%).

Waller (1991,1993a) esaminò 100 pazienti con disturbi alimentari e rilevò che il 50% aveva subito episodi di abusi e la prevalenza di violenza riscontrata in questo campione sembrava essere associata alla categoria diagnostica: le donne affette da disturbi di tipo bulimico riportavano percentuali di esperienze sessuali più elevate rispetto alle pazienti anoressiche di tipo restrittivo. L'autore successivamente (1992a) dimostrò che la frequenza delle abbuffate e del vomito è decisamente maggiore nelle donne che riferiscono episodi di violenza sessuale dalle caratteristiche particolari: cioè quando la violenza è avvenuta nell'ambito familiare, ha implicato il ricorso alla forza ed è occorsa prima del 14° anno di età. Welch e Fairburn (1994), in uno studio ampiamente controllato, osservarono quattro gruppi i cui soggetti erano abbinati individualmente: 50 casi di bulimia nervosa appartenenti al territorio sanitario, 50 soggetti di controllo anch'essi facenti parte del territorio sanitario e senza disturbi del comportamento alimentare, 50 soggetti di controllo affetti da problemi psichiatrici e della

medesima provenienza e 50 pazienti ricoverate per bulimia nervosa. Il periodo in cui avvennero gli episodi di violenza venivano stabiliti attraverso un colloquio che si svolgeva nella casa di ciascun soggetto. Dai risultati emerse la netta prevalenza numerica, rispetto al gruppo di controllo, delle pazienti non ricoverate affette da bulimia nervosa e che erano state vittime di violenza sessuale prima dell'insorgenza del loro disturbo: il 26% rispetto al 10%. Invece non vi era differenza nelle percentuali di violenza sessuale tra le pazienti non ricoverate affette da bulimia nervosa e le pazienti psichiatriche del gruppo di controllo (il 24%). I due autori della ricerca conclusero che la violenza subita durante l'infanzia fa aumentare il rischio di disturbi di tipo psichiatrico, e tra quei disturbi è compresa anche la bulimia nervosa.

Lo studio catamnestico condotto da Gleaves ed Eberenz (1994) dimostrò che nei disturbi del comportamento alimentare la presenza di violenza sessuale potrebbe essere messa in relazione con una prognosi sfavorevole. Gli autori studiarono un campione di 464 donne bulimiche in cura presso una struttura residenziale per donne con disturbi del comportamento alimentare ed esaminarono la correlazione tra storia di violenza sessuale e sintomi che suggerivano una prognosi sfavorevole, come nel caso in cui la paziente aveva ricevuto diversi trattamenti e ospedalizzazioni, oppure aveva manifestato comportamenti autolesionisti o attuato tentativi di suicidio e problemi di tossicodipendenza. I risultati evidenziarono che tra le pazienti che manifestavano tutti i sintomi per una prognosi sfavorevole, circa il 71% riferiva una storia di violenza sessuale, contro il 15% dei soggetti del campione che non presentava nessun fattore di previsione di una diagnosi sfavorevole.

La maggior parte di queste ricerche si è concentrata sull'incidenza della violenza sessuale, ma vi sono ricercatori che indicano l'esigenza di analizzare tutta la

gamma delle possibili esperienze negative vissute dalle donne affette da disturbi del comportamento alimentare (Schmidt, Tiller e Treasure, 1993).

Rorty, Yager e Rossotto (1994a e b) hanno messo a confronto 80 donne con una lunga storia di bulimia nervosa e 40 donne che non avevano mai sofferto di disturbi del comportamento alimentare o di problematiche correlate. Le donne bulimiche, rispetto alle altre, riportavano maggiori livelli di violenza fisica, di violenze psicologiche e di violenza multipla cui erano state sottoposte durante l'infanzia. Gli autori concludono sottolineando quanto sia importante, nel caso di pazienti con disturbi del comportamento alimentare, esaminare l'intero spettro delle possibili esperienze di violenza, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulla violenza sessuale.

Studi effettuati su campioni non clinici

Calam e Slade (1989) somministrarono ad un gruppo di 130 studentesse universitarie alcuni questionari: il 20% di queste ragazze riportava di aver subito esperienze sessuali non desiderate prima dei 14 anni e, nel 13% di questi casi si trattava di abusi intrafamiliari. L'esperienza di episodi sessuali in cui era stata usata la forza risultava associata ad atteggiamenti e comportamenti alimentari anormali. Ma solamente i rapporti sessuali avvenuti prima dei 14 anni e non desiderati presentavano una correlazione significativa con le tendenze bulimiche.

Bailey e Gibson (1989) studiarono la possibile relazione tra bulimia nervosa ed esperienze di violenza in un gruppo di 294 studentesse universitarie: il 13% rivelava di aver subito molestie sessuali durante l'infanzia, l'11% di aver subito violenza carnale, l'8% percosse e il 6% altri tipi di maltrattamenti fisici. Soltanto la violenza fisica era associata in modo significativo alla presenza di sintomi bulimici.

Smolak, Levine e Sullins (1990) somministrarono dei questionari a 298 studentesse universitarie: il 23% di queste riportò di aver subito abusi sessuali durante l'infanzia e, rispetto al gruppo che non riferiva alcuna violenza, presentava un maggior numero di sintomi connessi ai disturbi del comportamento alimentare.

Kinzl, Traweger, Guenther e Biebl (1994) rilevarono, in un campione di 202 studentesse universitarie, un tasso d'incidenza di violenza sessuale del 21%, ma non riscontrarono alcuna differenza, per quanto riguardava i sintomi di un disturbo del comportamento alimentare o le caratteristiche connesse, tra le donne che non avevano avuto nessuno, uno o più episodi di violenza. Dallo studio emerse, però, che le ragazze che riferivano di essere vissute in un ambiente familiare difficile presentavano una maggiore incidenza di patologie legate a disturbi del comportamento alimentare. Gli autori conclusero che gli episodi di violenza subiti in età precoce non costituiscono un fattore necessario né sufficiente per il successivo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare, mentre vivere in un ambiente familiare difficile può divenire un importante fattore eziologico.

Lo studio di Hastings e Kern (1994) si concentrò sulla presenza di violenza sessuale e della bulimia in un campione di 786 studentesse universitarie e su come questa patologia fosse collegabile alle passate esperienze familiari. I loro risultati sembrano dimostrare che l'esperienza di violenza sessuale unita ad un ambiente familiare caotico contribuiscono ad aumentare le possibilità di insorgenza della bulimia.

Presenza di sintomi dissociativi nei disturbi del comportamento alimentare

L'evento traumatico infantile soverchierebbe le capacità di elaborazione del bambino che si trova esposto ad una situazione di estrema sofferenza fisica e

psichica dalla quale non può scappare e alla quale difficilmente può reagire. In questa circostanza il bambino ricorrerà al meccanismo difensivo della dissociazione per poter attutire la sofferenza e per poter mantenere un comportamento organizzato, grazie alla minore percezione cosciente del dolore fisico e alla minore o assente consapevolezza dell'evento. La frequenza dell'abuso determinerà una facilitazione al ricorso al meccanismo dissociativo anche in occasione di eventi con minore violenza traumatica, una sorta cioè di strategia difensiva privilegiata. L'assenza di un adulto accudente impedirà al bambino di accedere alla possibilità di utilizzazione del linguaggio, che faciliterebbe in lui la costruzione di una memoria semantica integrata con la coscienza personale, mantenendo così l'episodio o gli episodi in uno spazio di coscienza non verbalizzabile e dissociato.

Negli ultimi anni, i ricercatori hanno iniziato a studiare in modo sistematico l'eventuale presenza di sintomi dissociativi nei disturbi del comportamento alimentare.

Sanders (1986), autore di una nuova scala per misurare la dissociazione, la cosiddetta PAS (Percentual Alteration Scale), dimostrò come studentesse universitarie che avevano l'abitudine di abbuffarsi riportavano un più alto grado di fenomeni dissociativi rispetto ai gruppi di controllo composti da ragazze normali.

Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt e Gold (1990) esaminarono le esperienze dissociative in 30 pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare, ponendole a confronto con 30 donne "normali" appaiate ad esse per età; rilevarono che le pazienti presentavano livelli ampiamente più elevati di psicopatologia rispetto ai soggetti di controllo.

Herzog, Stoley, Carmody, Robbins e van der Kolk (1993) studiarono la presenza sia di violenza sessuale sia di sintomi dissociativi in 20 pazienti con disturbi del

comportamento alimentare: il 65% dei soggetti riportava violenza sessuale subita durante l'infanzia e le pazienti che presentavano un maggior grado di comorbidità riferivano più spesso questo tipo di esperienze. I soggetti con una storia di violenza riportavano punteggi decisamente più alti su una delle scale della dissociazione.

Berger e coll. (1994) hanno condotto uno studio in Giappone su un campione costituito da 41 pazienti ambulatoriali che soffrivano di disturbi del comportamento alimentare: da questa indagine emerse che, sulla totalità del campione, il 45% aveva subito una combinazione di violenza fisica e sessuale. Di queste pazienti il 22% soddisfaceva i criteri per la classificazione di Disturbo della Personalità Multipla (MPD) secondo il DSM-III-R e il 15% presentava sulla scala della dissociazione punteggi che indicavano un'alta probabilità di sviluppare un MPD o un PTSD.

Everill, Waller e MacDonald (1995) studiarono il legame tra dissociazione e patologia alimentare in un gruppo clinico di donne bulimiche e in un gruppo non clinico composto da studentesse universitarie. Nel gruppo non clinico venne riscontrato che certi particolari stili dissociativi erano legati alle tendenze bulimiche. Nel gruppo con disturbi del comportamento alimentare emergeva un'associazione tra punteggi di una delle scale della dissociazione e frequenza delle abbuffate. Gli autori conclusero che la presenza di entrambe le sintomatologie, quella dissociativa e quella bulimica, può far supporre una storia di precoci esperienze di violenza o stressanti, oppure una perdita importante.

Dalle Grave, Rigamonti e Todisco (1995) nel loro studio hanno riscontrato la netta prevalenza dei sintomi dissociativi in un campione di 103 pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare, rispetto al gruppo di controllo. Il 20% delle donne con disturbi del comportamento alimentare riportava alti livelli di sintomatologia dissociativa. In particolare, venne riscontrata una correlazione tra

dissociazione e disturbi del comportamento alimentare, soprattutto nelle pazienti che presentavano una componente bulimica.

Vanderlinden e Vandereycken (1993) indagarono la relazione tra esperienze traumatiche e fenomeni dissociativi in un gruppo di 98 pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare, tutte diagnosticate in base ai criteri del DSM-III-R. Le esperienze traumatiche venivano valutate attraverso un questionario autodescrittivo sugli episodi sessuali indesiderati subiti durante l'infanzia (Lange, Kooiman, Huberts e Van Oostendorp, 1995) e mediante i colloqui clinici; per l'analisi delle esperienze dissociative usarono il questionario autodescrittivo DIS-Q (Dissociation Questionnaire). IL DIS-Q è una scala autodescrittiva costituita da 63 item e da quattro sottoscale: (1) confusione di identità e frammentazione; (2) perdita di controllo; (3) amnesia; (4) assorbimento. Oltre alla violenza sessuale che poteva variare dalle carezze allo stupro, vennero prese in considerazione, perché giudicate severamente traumatiche, anche le seguenti situazioni: maltrattamenti fisici, completa trascuratezza affettiva o abbandono durante l'infanzia e perdita di un familiare stretto. Furono valutate solo le situazioni traumatiche accadute prima dell'insorgenza del disturbo del comportamento alimentare. La percentuale complessiva di incidenza del trauma risultò del 28%; il 20% delle pazienti riportava violenza sessuale subita durante l'infanzia, che nell'8% dei casi era di natura incestuosa. Le pazienti affette da anoressia nervosa di "tipo misto", le pazienti bulimiche e quelle con disturbi alimentari atipici presentavano percentuali di esperienze traumatiche decisamente più elevate: rispettivamente il 25%, il 37% e il 58% rispetto alle anoressiche di tipo restrittivo (che riportavano una percentuale pari al 12%). L'incidenza della violenza sessuale risultava nettamente più bassa nell'ultimo gruppo (solo il 3%), rispetto agli altri tre sottogruppi con disturbi del comportamento alimentare (il 20%). Questi dati dimostrano dunque l'esistenza di una relazione tra la presenza

di un'esperienza traumatica e il tipo di patologia alimentare. I soggetti che avevano subito violenza sessuale riferivano i punteggi più alti nel DIS-Q, in particolare nella sottoscala dell'amnesia. Quest'ultima si è rivelata la caratteristica più specifica che distingue le pazienti che hanno subito violenza sessuale dai soggetti che non l'hanno subita. Nel DIS-Q circa il 12% del campione con disturbi del comportamento alimentare riferiva esperienze di dissociazione dello stesso livello di un gruppo di pazienti affette da disturbi dissociativi. Questi dati hanno fatto ipotizzare che le esperienze dissociative connesse con i traumi potessero svolgere un ruolo importante in un sottogruppo di pazienti affette da disturbi alimentari, in particolare i comportamenti bulimici.

Alcuni fattori di mediazione

La Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia elaborata dal CISMAI nel 1999 afferma a proposito delle conseguenze dell'abuso sessuale: "L'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell'evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante) e fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psicosociale, sanitario, giudiziario). Conseguentemente, il danno è tanto maggiore quanto più: il fenomeno resta nascosto o non viene riconosciuto; non viene attivata protezione nel contesto primario e nel contesto sociale; l'esperienza resta non verbalizzata e non elaborata; viene mantenuta la relazione di dipendenza della vittima con chi nega l'abuso".

L'esperienza clinica conferma che alcuni parametri possono svolgere un ruolo importante, nel diverso definirsi dei fenomeni, conseguenti ad un abuso sessuale infantile. Si è ipotizzato che altri fattori possano costituire elementi di interferenza o di mediazione tra l'input costituito dal trauma e l'output costituito dalla psicopatologia (Waller, 1993a). Questi fattori di mediazione devono essere valutati anche nel percorso diagnostico e possono fornire al terapeuta preziose informazioni per pianificare il trattamento.

In numerosi studi è stata rilevata l'esistenza di un legame tra l'età in cui si è verificata per la prima volta la violenza e le successive conseguenze. L'età della vittima è inversamente correlata alla gravità del danno psicopatologico subito: in generale, minore è l'età del bambino maggiore è l'effetto del trauma. Questa considerazione può essere spiegata presumendo che più è bassa l'età in cui avviene la violenza, più primitivi saranno i meccanismi di difesa attivati dall'esperienza traumatica. Questa ipotesi si basa sulle teorie di van der Kolk (1987) e di van der Kolk, Greenberg, Boyd e Krystal (1985) i quali hanno sottolineato le parecchie analogie comportamentali e biologiche che si riscontrano tra le risposte umane agli eventi traumatici e le risposte degli animali ad un elettroshock inevitabile. Le risposte umane ai traumi psichici comprendono l'iperattività psicologica e comportamentale (stato di sovraccitazione, flashback e incubi), accompagnata da perdita della sensibilità (isolamento sociale, senso di alienazione, anedonia). Gli esseri umani se devono affrontare un trauma in età precoce reagiscono come se fossero immobilizzati, colti da una paralisi. Una tale reazione è tipica degli animali quando si trovano in situazioni minacciose per la loro vita. Secondo Nijenhuis e Vanderlinden (1995) l'analogia tra difese umane ed animali si può estendere anche ai comportamenti tipici degli animali da preda che modificano i loro modelli alimentari quando avvertono il pericolo. In queste circostanze diventano nervosi e manifestano una prolungata astinenza dal cibo,

interrotta da una breve e rapida ingestione di grandi quantità. I bambini molto piccoli, oltre alla reazione di irrigidimento e ai cambiamenti alimentari dispongono di pochi o di nessun altro meccanismo di difesa per reagire alle esperienze traumatiche che incombono.

Le *modalità dell'abuso* risultano essere rilevanti: diverso è l'atto sessuale ottenuto con aggressività e violenza, da quello ottenuto con subdola tenerezza per il bambino. Calam e Slade (1989) dimostrarono che le donne affette da disturbi del comportamento alimentare avevano subito, con maggior probabilità rispetto a quelle dei gruppi di controllo, un certo numero di esperienze sessuali non desiderate, forzate. E' fondamentale indagare, quindi, sui dettagli specifici della violenza, come il tipo di contatto avvenuto, il grado della minaccia o se è stata usata la forza, la frequenza e la durata della violenza stessa. E' inoltre diverso, nelle sue conseguenze psicopatologiche, l'abuso perpetrato tra le mura domestiche da un genitore o un fratello, rispetto a quello subito da conoscenti o estranei. L'abuso sessuale intrafamiliare, a differenza della maggior parte dei traumi, interpersonali e non, è caratterizzato dall'aver la fonte del trauma in una persona che, al contrario, dovrebbe fornire contenimento, rassicurazione ed aiuto nel superamento dei traumi stessi. Questo è particolarmente vero quando l'abusatore è un genitore, in tal caso l'abuso, oltre ad essere un trauma di per sé, tende ad interferire significativamente nello sviluppo del sistema comportamentale dell'attaccamento. Secondo Calam e Slade (1989) l'abuso intrafamiliare sarebbe associato all'anoressia nervosa "con basso peso corporeo", perché "l'auto-ridursi alla fame potrebbe servire a punire il genitore che l'ha sfruttata invece di proteggerla".

La *rivelazione della violenza* e la *risposta* che la vittima ha ricevuto sembrano essere importanti fattori di mediazione tra la violenza e le successive conseguenze psicologiche. Everill e Waller (1995) attraverso l'esame di un

campione di pazienti con disturbi del comportamento alimentare dimostrarono che la reazione dei familiari alla rivelazione della violenza contribuisce alla formazione dei disturbi psicopatologici dell'età adulta. Waller e Ruddock (1993) scoprirono che la percezione da parte della paziente di una mancanza di risposta oppure di una risposta ostile, risultava correlata a determinati pattern sintomatologici, in particolare alla frequenza del vomito e ai sintomi del Disturbo della Personalità Borderline.

Le *variabili familiari* possono svolgere un ruolo di mediazione importante nel determinare il livello generale delle difficoltà psicologiche dell'età adulta. Alcuni studi sulla famiglia hanno dimostrato che le anoressiche con una componente bulimica riferiscono più conflittualità e disorganizzazione nell'ambiente familiare rispetto alle anoressiche di tipo restrittivo. Schmidt, Tiller e Trasure (1993) volevano indagare se le esperienze vissute nell'infanzia e la qualità delle cure ricevute nello stesso periodo della vita avessero un effetto sul decorso dei disturbi del comportamento alimentare. In questa ricerca esaminarono, attraverso colloqui semistrutturati, l'ambiente familiare dell'infanzia di quattro gruppi di pazienti. Le variabili prese in considerazione erano: indifferenza dei genitori, controllo da parte dei genitori, disaccordi intrafamiliari e violenza intrafamiliare. Dalla ricerca emerse che le donne bulimiche normopeso riportavano più alti livelli di indifferenza da parte dei genitori ed eccessivo controllo, maltrattamenti fisici e violenza ai danni di altri membri della famiglia, rispetto alle anoressiche di tipo restrittivo. In generale, questi risultati fanno ritenere che gli episodi negativi della vita, uniti alle esperienze sfavorevoli familiari, possono influenzare il decorso della malattia; le pazienti con una componente bulimica riferivano più eventi negativi vissuti durante l'infanzia rispetto alle pazienti affette da anoressia nervosa. Vandereycken (1994) ha condotto degli studi sul ruolo della funzione genitoriale nei disturbi del comportamento alimentare; dai risultati sembra che le

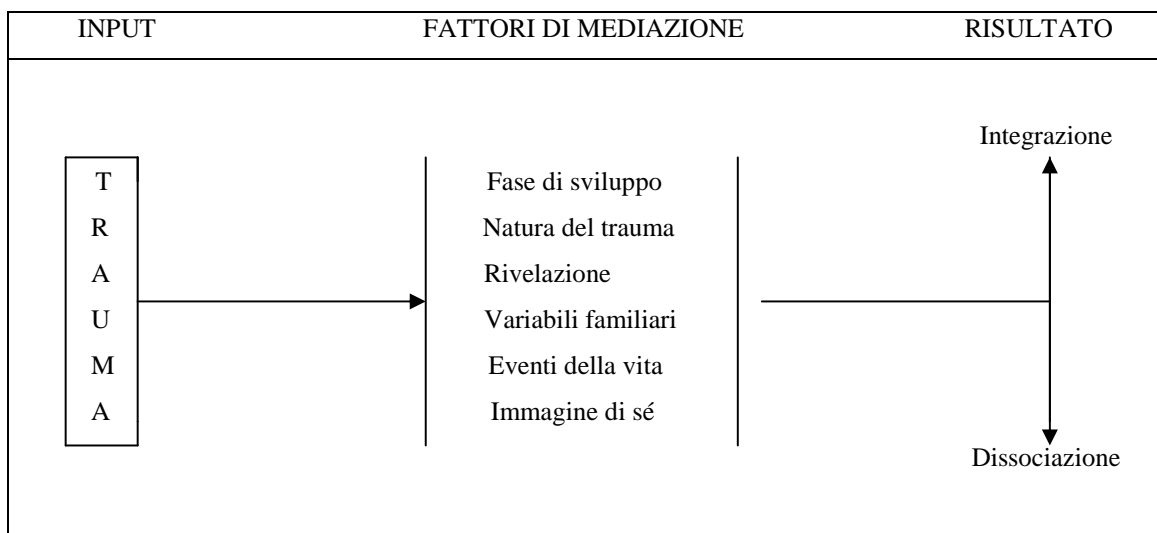
pazienti bulimiche riportino un modello familiare particolare. Queste pazienti riferiscono di essere cresciute in un ambiente caratterizzato da mancanza di attenzione da parte dei genitori e in particolare da parte della madre. Le madri vengono percepite come negligenti e poco affidabili, mentre i padri sono considerati iperprotettivi ma senza dimostrazioni di affetto. Quindi una forma patologica di funzione genitoriale o una sua percezione distorta possono essere considerate come peculiarità di una più generale atmosfera negativa all'interno delle famiglie delle pazienti bulimiche. Selvini Palazzoli (1981) afferma che nelle anoressiche ci sarebbe una negazione degli stimoli provenienti dal corpo, ed il rifiuto del cibo in tali pazienti sarebbe da interpretare come una lotta per il potere per vincere la battaglia individuale per l'esistenza. Con la negazione della propria dipendenza dagli altri e con l'assunzione di un ruolo di potere, l'anoressica ribalterebbe la dinamica in cui è stata inserita con l'abuso. Da quanto emerso diviene fondamentale ricorrere allo screening delle esperienze e delle dinamiche familiari passate e presenti, realizzabili attraverso colloqui semistrutturati e/o questionari come il *Parental Bonding Instrument* e il *Leuven Family Questionnaire*. Particolare attenzione va posta sulle famiglie caotiche, con minore coesione e/o disorganizzate che spesso si incontrano quando si lavora con pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare.

Un altro fattore importante è *l'immagine di sé*, cioè la considerazione che le pazienti hanno di loro stesse. Le vittime di violenza sessuale e fisica spesso hanno scarsa autostima, un forte senso di colpa e vergogna (Herman, 1992; Jehu, 1988). Estremamente frequenti e determinanti sono i sensi di colpa, di vergogna e di autocommiserazione, tra cui la tendenza all'autodenigrazione, la convinzione di non meritare niente, di non avere alcun potere e di essere inferiori. Un'immagine di sé negativa, basata sull'autocommiserazione, può rappresentare un fattore di mediazione tra l'input (il trauma) e l'esito (i sintomi dissociativi e i

disturbi del comportamento alimentare). Più le ragazze incolpano se stesse per la violenza subita maggiore è la possibilità che l'esperienza della violenza venga dissociata dalla coscienza. Le bambine con una considerazione di sé negativa finiranno per isolarsi dal gruppo di coetanei oppure si uniranno a gruppi più emarginati costituiti da giovani con varie problematiche (Friedrich, 1990).

I fattori di mediazione tra la violenza subita nell'infanzia (input) e i successivi problemi psicologici (output) sono ovviamente correlati tra loro sotto molti aspetti e varieranno notevolmente da persona a persona. Vanderlinden e Vandereycken (1997) hanno proposto un modello multifattoriale in cui l'adattamento sociopsicologico della vittima di un trauma viene rappresentato lungo un continuum che va dall'integrazione costruttiva dell'esperienza traumatica, fino alla dissociazione disadattiva che porta tutti i tipi di sintomi psicopatologici connessi. Se la vittima riuscirà ad integrare le esperienze traumatiche nella propria vita psicologica cosciente o se, invece, le dissocerà dipenderà da un combinazione di tutti questi fattori.

Modello Multifattoriale del trauma e della dissociazione



Tratta da Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1997), pag. 39.

Trauma e mondo interno: memoria e difese

Memoria e oblio sono centrali nella clinica del trauma da abuso sessuale. Qualsiasi processo riparativo di un abuso sessuale vissuto nell'infanzia parte da una narrazione, che può consistere anche soltanto in un abbozzo comunicativo, e che si connota come tentativo di condividere l'esperienza traumatica con una figura diversa dall'abusante e, allo stesso tempo, di ristabilire una relazione affettiva con una persona adulta. Per poter raccontare un'esperienza vissuta, è necessario però essere in grado di attribuirle un senso, perché ciò che è privo di significato ha la caratteristica dell'inenarrabilità.

Per comprendere adeguatamente la specificità delle memorie traumatiche è necessario precisare alcune nozioni basilari della psicologia generale e connetterle alle conoscenze neurologiche relative ai traumi. La psicologia generale distingue sommariamente tra i seguenti tipi di memoria:

Memoria semantica: la conoscenza in generale, che possediamo come esito di processi di astrazione e di generalizzazione a partire da episodi specifici; è composta da schemi, modelli, paradigmi, script. Inizia a svilupparsi nel corso del secondo anno di vita, durante il quale il bambino acquisisce progressivamente la capacità di ricordare le sue esperienze nell'ordine in cui si sono verificate, il che gli consente di sviluppare il senso del tempo e della successione degli eventi.

Memoria episodica: contiene informazioni concernenti episodi o eventi autobiografici e le loro relazioni spazio-temporali; questa memoria si fonda su processi "autonoetici" (di conoscenza di se stessi) che si ritiene siano mediati dalle aree corticali-frontali; queste regioni cerebrali vanno incontro vanno incontro ad un rapido sviluppo "esperienza-dipendente" durante i primi anni di vita, sviluppo che peraltro continua durante l'intero corso della nostra esistenza.

Memoria di lavoro: è stata definita come la “lavagna della mente”, si tratta di un processo corticale di integrazione di informazioni generate da altre parti del cervello; si differenzia dagli altri sistemi, essendo interamente processuale e dipendente dagli altri sistemi di memoria.

Memoria procedurale: è il tipo di memoria più ampiamente rappresentato, contiene le abitudini, abilità acquisite, azioni riflesse, modalità di reazioni a situazioni di minaccia all'incolumità personale, modalità di gestione e di espressione delle emozioni. Si sviluppa prima della memoria episodica e neurologicamente sembra che i sistemi che mediano questo tipo di memoria siano molteplici (LeDoux, 1996).

Tabella. Forme di memoria e le loro caratteristiche (tratta da Siegel, 2001, pag. 33).

Forme di memoria

Precoce, non dichiarativa, procedurale, implicita

Tardiva, dichiarativa, episodica/semantica, esplicita

Sviluppo biologico della memoria

Processi impliciti (memoria precoce): presenti alla nascita

Processi espliciti (memoria tardiva)

Processi semantici: iniziano a svilupparsi durante il primo o secondo anno di vita

Processi autobiografici: si sviluppano progressivamente dopo il secondo anno di vita

Memoria implicita

Non è associata all'esperienza soggettiva interna di “stare ricordando qualcosa”, né a un senso di sé o del tempo.

E' implicata nella creazione di modelli mentali; coinvolge fenomeni di priming.

Comprende diverse forme di memoria: comportamentale, emozionale, percettiva e probabilmente anche somatosensoriale.

I processi di registrazione non richiedono un'attenzione focalizzata

E' mediata dai circuiti coinvolti nella registrazione iniziale, indipendenti dal lobo temporale mediale/ippocampo.

Memoria Esplicita

E' associata all'esperienza soggettiva interna di “stare ricordando qualcosa” e nel caso della memoria autobiografica a un senso di sé nel tempo.

Comprende le forme di memoria semantica ed episodica (autobiografica)

I processi di registrazione richiedono una partecipazione della coscienza e un'attenzione focalizzata.

L'immagazzinamento dei ricordi richiede il coinvolgimento dell'ippocampo

Ricordi selezionati entrano a far parte della memoria permanente attraverso processi di consolidamento corticale.

La memoria non è solo ciò che siamo in grado di ricordare consciamente del passato ma è l'insieme dei processi in base ai quali gli eventi del passato influenzano le risposte future; il cervello interagisce con il mondo e registra le varie esperienze, attraverso meccanismi che modificano le sue successive modalità di reazione. Il cervello è costituito da reti neurali, simili a ragnatele, che possono essere attivate in un'infinità di pattern e "profili neurali" diversi. Il modo in cui noi ricordiamo il passato è determinato da quali componenti, nell'imponente rete dei circuiti cerebrali, verranno successivamente attivate. In risposta agli stimoli esterni il cervello può attivare una serie di circuiti, dando luogo ad un insieme di pattern di eccitazione anatomicamente e cronologicamente correlati, che vengono registrati, immagazzinati e in seguito richiamati sulla base dell'assioma enunciato da Donald Hebb: neuroni che vengono eccitati contemporaneamente una prima volta tenderanno ad essere attivati insieme anche in seguito (Hebb, 1949). Le rappresentazioni vengono associate attraverso meccanismi mentali interni estremamente variabili, tipici di ciascun individuo. Studi condotti attraverso tecniche di *imaging* indicano che la rappresentazione di un'esperienza può essere conservata in particolari regioni cerebrali- per esempio nelle aree percettive situate nelle zone posteriori della corteccia- che corrispondono a quelle attivate originariamente, mentre nei processi di registrazione e richiamo sarebbero implicate altre zone cerebrali (come la corteccia orbito-frontale).

Esperienze molto traumatiche possono portare ad un blocco dei meccanismi della memoria esplicita, con un'inibizione delle funzioni dell'ippocampo che può essere provocata da diversi fattori (Siegel, 1995). In particolare le persone che vanno incontro ad eventi di questo genere possono, durante il trauma, concentrare la loro attenzione su aspetti "non traumatici" dell'ambiente che li circonda, per cercare di sfuggire almeno parzialmente alla situazione. In questi

casi alcuni elementi dell'esperienza verranno registrati a livello implicito, ma non daranno luogo a ricordi di tipo esplicito. Si può dunque verificare una dissociazione tra la memoria implicita e quella esplicita, con una compromissione della memoria autobiografica nei confronti dell'evento o di alcune sue componenti. Processi di dissociazione o la proibizione di parlare con altri dell'evento traumatico, come spesso si verifica nei casi di abuso infantile intrafamiliare, possono determinare un blocco dei meccanismi di consolidamento corticale. La presenza di esperienze traumatiche non elaborate potrebbe quindi essere messa in relazione al mancato funzionamento di questi meccanismi, per cui i ricordi associati all'evento non entrano a far parte della memoria permanente. La dissociazione è una reazione comune all'abuso sessuale, e aiuta la vittima ad isolarsi dalla sconvolgente sofferenza del momento. Questo meccanismo di difesa naturale, però, non protegge la vittima dai sintomi successivi al trauma; infatti, poiché l'esperienza è dissociata, non viene archiviata nella memoria come un tutto, ma come frammenti separati, di immagini, pensieri e sentimenti, e ciò ne rende più complessa la guarigione. Le ultime ricerche effettuate sulle memorie traumatiche sembrano dimostrare che il ricordo dell'evento traumatico viene immagazzinato in una zona del cervello (destra) priva di parole; la così detta memoria "dichiarativa" non sarebbe disponibile, e creerebbe nel soggetto un'impossibilità a ricordare. Gli stati traumatici possono rimanere isolati nell'ambito delle normali funzioni integrative dell'individuo e comprometterne lo sviluppo. Elementi impliciti che derivano da eventi traumatici possono continuare ad esercitare la loro influenza sull'individuo, anche senza la sua consapevolezza. Tutto ciò può danneggiare la salute mentale, creando un blocco nei flussi di informazione all'interno della mente; questo impasse può ostacolare l'elaborazione di storie personali che consentirebbero l'integrazione di eventi emotivamente significativi in una rete

associativa più ampia di memorie consolidate e permanenti. I ricordi traumatici non elaborati possono essere descritti come elementi che restano in una condizione instabile di potenziale attivazione, e che tendono ad inserirsi in modo intrusivo e non controllabile nelle relazioni interpersonali dell'individuo. Gli studi condotti sul sogno, sulla memoria e sui processi di adattamento nei confronti di esperienze traumatiche hanno contribuito a comprendere alcuni aspetti fondamentali della memoria e del trauma. Endel Tulvig (1994) e collaboratori hanno proposto un modello basato sulla "asimmetria" degli emisferi cerebrali nei processi di registrazione e richiamo dei ricordi. Secondo questo modello la corteccia frontale sinistra svolgerebbe un ruolo dominante nei processi di registrazione dei ricordi episodici, mentre la corteccia frontale destra ha una funzione essenziale nel richiamo di queste memorie. Queste informazioni hanno portato gli autori a formulare delle ipotesi, che devono però essere convalidate da studi specifici. Durante la fase onirica, i due emisferi cerebrali vengono attivati in modo alternante, ritmico e sincronizzato. L'eccitazione della corteccia cerebrale orbito-frontale destra provoca uno "stato di richiamo" che si accompagna alla riattivazione di rappresentazioni episodiche, mentre l'attivazione della corteccia orbito-frontale sinistra porta ad uno "stato di registrazione", durante il quale tali rappresentazioni possono essere registrate, correlate tra loro e codificate in forme più organizzate o consolidate. Il sonno REM ha un ruolo rilevante nel consolidare i ricordi, e secondo alcune ricerche faciliterebbe il verificarsi di fenomeni di potenziamento a lungo termine, permettendo il rafforzamento di connessioni sinaptiche (Winson, 1993). Durante il sogno, la memoria verrebbe riorganizzata attraverso un richiamo delle informazioni (emisfero destro), che vengono poi immediatamente registrate in forma consolidata (emisfero sinistro). Una volta riorganizzati, i ricordi verrebbero consolidati nella corteccia associativa, dove divengono indipendenti

dall'attività dell'ippocampo, e il richiamo di queste rappresentazioni può successivamente esplicitarsi nell'ambito della coscienza noetica mediata dalle regioni orbito-frontali dell'emisfero destro. Il sogno consentirebbe, dunque, il consolidamento delle memorie episodiche in un insieme coerente ed organizzato di rappresentazioni integrate tra loro, che poi divengono le risorse su cui costruiamo le storie della nostra vita. Alcuni soggetti possono essere oberati da ricordi impliciti estremamente coinvolgenti, durante i quali perdono le forme del controllo tipiche della memoria episodica, e si sentono non come se stessero ricordando intensamente un evento passato, ma come se lo stessero vivendo in quel preciso momento (Siegel, 1995a). In casi di questo genere, la capacità della regione prefrontale sinistra di registrare ricordi episodici può essere stata bloccata nell'ambito di una generale compromissione dei processi della memoria esplicita e/o essere stata travolta dall'ondata di rappresentazioni dell'episodio traumatico create dall'emisfero destro. Alcuni ricercatori che indagano sui processi della memoria sottolineano l'importanza dell'impatto che un trauma può avere sul successivo sviluppo del bambino, e insistono sulla necessità di lavorare per cercare di attenuare i disagi che i traumi possono produrre a livello personale e sociale. Come osservano Christianson e Lindholm (1998): "I bambini non hanno in genere risorse sufficienti per gestire da soli il trauma, e hanno quindi bisogno, per superare queste esperienze, di un notevole supporto da parte dei genitori. Ricordi frammentari e non elaborati che si riferiscono ad un trauma infantile possono non solo essere causa di problemi e sofferenze per l'individuo direttamente coinvolto, ma anche costituire una seria minaccia per altre persone". La memoria crea la nostra realtà implicita (risorse comportamentali, reazioni emotive, categorizzazioni percettive, schemi riferiti al sé e agli altri) e i nostri ricordi espliciti di dati, eventi e di noi stessi nel tempo. Per comprendere le esperienze passate ed attuali di altre persone, le loro aspettative e i loro progetti

per il futuro, dobbiamo quindi cercare di capire tutti i diversi livelli della memoria.

Neurologia e biochimica dei disturbi post-traumatici

Esiste ormai una vasta e sufficientemente consolidata letteratura che conferma che in presenza di alcune situazioni traumatiche, specie se estreme e ripetute nel tempo (come l'abuso sessuale intrafamiliare), si possono rilevare alterazioni neurologiche e biochimiche, la cui reale implicazione non è ancora pienamente compresa. Alcuni autori suppongono che il paradigma "dell'impotenza appresa" in animali di laboratorio sottoposti a shock inevitabili sia lo stesso degli effetti comportamentali dei PTSD (van der Kolk, Greenberg, Boyd e Kristal, 1985). Inoltre viene suggerito che il trauma provochi cambiamenti nel livello di norepinefrina del sistema nervoso centrale, uno sviluppo che porterebbe ad una diminuzione della funzionalità, e a sintomi quali una ridotta motivazione e un'emotività limitata. Molte ricerche confermano alterazioni nel volume dell'ippocampo destro in donne soggette ad abusi sessuali prolungati nel tempo, in persone sottoposte ad abuso fisico e psicologico protratto (van der Kolk et al., 1997; Bremner, 1998; Kristal et al., 1998). Alcuni dati indicano che la corteccia prefrontale, che svolge funzioni di supervisione nell'integrazione delle esperienze, controllo e d'estinzione nei confronti dei ricordi di paura memorizzati dall'amigdala, possa andare incontro ad alterazioni in situazioni particolarmente stressanti (LeDoux, 1996; Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999). Esperienze eccessivamente coinvolgenti e terrorizzanti possono stimolare meccanismi che

provocano un'inibizione dei processi della memoria esplicita a livello dell'ippocampo, e che determinano un blocco nella registrazione esplicita di questi ricordi (Diamond, Rose, 1994; Zola-Morgan et al., 1991). Tali meccanismi includono l'attivazione dell'amigdala e la liberazione di noradrenalina e corticosteroidi in risposta allo stress intenso, e contribuiscono a creare condizioni che consentono la registrazione di ricordi unicamente a livello implicito (Siegel, 1995a). Esperienze prolungate nel tempo di abuso sessuale infantile sono correlate, in alcuni casi, ad un più basso livello ematico di cortisolo negli adulti, sostanza liberata spontaneamente dal cervello per ristabilire la calma come risposta a prestazioni attacco/fuga (Resnick, et al., 1995).

I processi che il cervello utilizza per stabilire il "valore" delle varie esperienze sono di tipo neuromodulatorio; questi processi aumentano l'eccitabilità e l'attivazione neuronale, ne incrementano la plasticità, stimolano la creazione di nuove connessioni sinaptiche e si basano su circuiti che collegano diverse aree cerebrali. Le conoscenze attualmente disponibili sostengono l'ipotesi generale che i sistemi neuromodulatori endogeni attivati dall'esperienza svolgano un ruolo importante nel regolarizzare l'immagazzinamento delle memorie (McGaugh, 1992).

Esistono anche elementi che inducono a pensare che le esperienze traumatiche siano legate ad alterazioni nella normale lateralizzazione emisferica delle esperienze. In particolare, sembra essere presente una sproporzionata implicazione dell'emisfero destro nell'elaborazione dell'informazione legata ai traumi se comparata all'elaborazione di soggetti di controllo che sono stati coinvolti in semplici ricordi (Hagh-Shenas, Goldstein, Yule, 1999).

Da un punto di vista biochimico è stato osservato che, mentre un trauma singolo può produrre un incremento della memorizzazione correlato con l'incremento noradrenergico, un trauma ripetuto può produrre un depotenziamento mnestico

dovuto all'aumento consistente di cortisolo e di noradrenalina (Schacter, 1999). La noradrenalina, infatti, sembra avere una relazione ad "U invertita" con il consolidamento della memoria (Hagh-Shenas, Goldstein, Yule, 1999), o quanto meno con la memoria esplicita, innanzitutto episodica.

Le esperienze traumatiche, quindi, in particolari condizioni pre e post-traumatiche, possono esitare in processi di memorizzazione anomali che tendono a non risolversi autonomamente. Tali ricordi possono essere frammentati, non accessibili o direttamente accessibili, connotati da emozioni coinvolgenti e da memorie procedurali invalidanti, difficilmente gestibili e intrinsecamente non verbali, probabilmente anche a causa di un relativo decremento funzionale dell'emisfero cerebrale sinistro durante il ricordo di gravi traumi (Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999). Poiché le esperienze traumatiche appaiono immagazzinate, principalmente, come sensazioni corporee ed intensi stati emotivi, i soggetti traumatizzati devono essere aiutati nel processo di elaborazione semantica. L'apparente riduzione della funzione emisferica durante il richiamo dei ricordi del trauma, suggerisce che è importante aiutare questi soggetti a trovare gli strumenti necessari per poter comprendere e verbalizzare le loro esperienze.

Fenomenologia dei ricordi traumatici

La fenomenologia dei ricordi traumatici è alquanto variegata e può essere analizzata attraverso alcune semplificazioni.

a) Molti studi indicano che le nostre emozioni svolgono un ruolo fondamentale nella possibilità di ricordare o meno gli eventi. Le esperienze che non sono

accompagnate da un significativo coinvolgimento emotivo, generalmente, non sono in grado di produrre un adeguato livello di attenzione specifica; vengono registrate come “non importanti”, e vengono in seguito dimenticate facilmente. Al contrario, eventi vissuti con una partecipazione a livello emotivo medio-alta verrebbero catalogati come “importanti” e hanno una discreta possibilità di venire poi rievocati. Le esperienze eccessivamente coinvolgenti e terrorizzanti possono, invece, stimolare meccanismi che portano ad un’inibizione dei processi della memoria esplicita a livello dell’ippocampo e che determinano un blocco nella registrazione esplicita di questi ricordi (Diamond, Rose, 1994; Zola-Morgan et al., 1991). Tali meccanismi comprendono l’attivazione dell’amigdala la liberazione di noradrenalina e corticosteroidi in risposta allo stress elevato, e creano le condizioni che consentono la registrazione dei ricordi esclusivamente a livello implicito (Siegel, 1995a).

b) I ricordi possono manifestarsi nella forma di frammenti di ricordi intrusivi, che non si riescono a collocare opportunamente in un coerente contesto spazio-temporale. Questa frammentazione può essere imputata a molteplici fattori: parziale ritiro dell’attenzione durante l’esperienza traumatica che può attenuare gli input sensoriali ed interferire con la codifica, l’immagazzinamento, l’assimilazione della memoria all’interno del normale flusso di coscienza (Terr, 1994), meccanismi di esclusione delle informazioni intervenuti dopo l’evento traumatico, la carenza o l’impasse di processi corticali superiori durante e dopo il trauma (Piers, 1999).

c) Alcune persone, però, possono vivere senza mai pensare agli eventi traumatici che tuttavia continuano a condizionarli. A livello narrativo, ci sono soggetti che riferiscono i fatti traumatici come se fossero emotivamente neutri; le componenti emotive non risultano, quindi, accessibili con le parole ma condizionano la salute e il comportamento di tali persone.

d) Possono essere presenti veri e propri Stati dell'Io in vario grado dissociati dall'ordinario flusso di consapevolezza e dalla personalità dominante (Philips, Frederick, 1995; Watkins, Watkins, 1997) fino all'estrema espressione dissociativa del Disturbo Dissociativo dell'Identità.

e) Sono relativamente frequenti amnesie più o meno ampie, fino alla completa assenza di memoria episodica; la presenza di amnesia sembra essere correlata ad età, gravità e durata del trauma (van der Kolk et al., 1997) e un generico danneggiamento dei ricordi sembra essere presente, nel 68% dei casi, nelle persone esposte ad esperienze traumatiche (Herman, Schatzow, 1987).

f) Quando un evento traumatico si è ripetuto più volte nel tempo, è frequente che una persona abbia difficoltà a capire quante volte si è verificato, in quale momento, e a ricostruire l'esatto svolgersi degli eventi. Sembra che i ricordi siano stati associati in uno o pochi eventi prototipici, schemi, generalizzazioni degli episodi stessi.

g) E' possibile che alcune esperienze traumatiche siano inaccessibili verbalmente ed adeguatamente perché verificatesi prima che il cervello fosse capace di collocarle in un contesto spazio-temporale definito. Tali funzioni mnestiche, infatti, sembrano coinvolgere la funzionalità dell'ippocampo, che però è completamente mielinizzato nel periodo compreso tra il secondo e il terzo anno di età (Nadel, Zola-Morgan, 1984). Contemporaneamente, però, l'amigdala pare essere completamente funzionante sin dall'inizio della vita, e con ciò anche la sua capacità di memorizzare eventi connessi alla paura (ibid.; LeDoux, 1996). Inoltre, giacché sembra che nei bambini la memoria episodica compaia solo dopo quella procedurale, è ragionevole concludere che i processi di memorizzazione, a quest'età, avvengano in forma non verbale (McDonough, Mandler, 1996).

h) Il materiale traumatico, generalmente, è strutturato cognitivamente in accordo all'età in cui è avvenuto il trauma (Philips, Frederick, 1995; Terr, 1994).

i) Durante la fase di trattamento psicoterapeutico, qualsiasi forma di esclusione selettiva delle informazioni renderà problematica l'estinzione del condizionamento della paura quanto più il meccanismo di esitamento sarà automatizzato ed accentuato.

CAPITOLO III

NUOVE FRONTIERE DELLA PSICOTERAPIA DEI DISTURBI POST-TRAUMATICI: L'EMDR

EMDR: Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari: la nascita di questa terapia e gli ambiti di applicazione

All'interno di questa parte della tesi dedicata all'origine traumatica dei disturbi del comportamento alimentare ho voluto riservare uno spazio ad un metodo terapeutico che si è rivelato particolarmente efficace per la cura dei soggetti gravemente traumatizzati, l'EMDR.

L'EMDR, scrive Isabel Fernandez (2001), presentando questa nuova metodologia: "E' un approccio complesso ma ben strutturato che può essere integrato nei programmi terapeutici, qualunque sia l'orientamento teorico di colui che lo applica, aumentandone l'efficacia. Considera tutti gli aspetti, sia quelli cognitivi ed emotivi che quelli comportamentali e neurofisiologici. Questa metodologia utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra, per ristabilire l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, provocando così una migliore comunicazione tra gli emisferi cerebrali. Si basa su un processo neurofisiologico naturale, legato all'elaborazione accelerata dell'informazione. L'EMDR vede la patologia come informazione immagazzinata in modo non funzionale, e si basa sull'ipotesi che c'è una componente fisiologica in ogni disturbo o disagio psicologico. Quando avviene un evento "traumatico" viene

disturbato l'equilibrio eccitatorio/inibitorio necessario per l'elaborazione dell'informazione. Si può affermare che questo provochi il "congelamento" dell'informazione nella sua forma ansiogena originale, nello stesso modo in cui è stato vissuto. Quest'informazione "congelata" e racchiusa nelle reti neurali non può essere elaborata e quindi continua a provocare la sintomatologia propria del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) e di altri disturbi psicologici. I movimenti oculari saccadici e ritmici usati con l'immagine traumatica e con le convinzioni negative ad essa legate, restaurano l'equilibrio neuronale perché migliorano la comunicazione dei due emisferi cerebrali, modificando la patologia della rete neuronale e consentendo di proseguire l'elaborazione dell'informazione fino alla risoluzione. Nella risoluzione adattiva l'esperienza è usata in modo costruttivo dalla persona ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo."

La scoperta iniziale che ha portato allo sviluppo dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) è avvenuta nel maggio 1987, grazie ad un'intuizione da parte di Francine Shapiro. L'autrice stava passeggiando in un parco e notò come alcuni pensieri inquietanti che la disturbavano erano improvvisamente spariti e che quando ritornava con la mente a quei pensieri essi non erano più presenti e disturbanti come prima. L'origine dell'EMDR fu la sua osservazione degli effetti apparentemente desensibilizzanti di movimenti oculari spontanei ripetuti su pensieri spiacevoli. Dopo la pubblicazione di uno studio (Shapiro, 1989b) e di un test clinico randomizzato (Shapiro, 1989a), la dottoressa Shapiro iniziò a lavorare al MRI (Mental Research Institute, di Palo Alto in California) dove è attualmente Ricercatore Senior. Presso il Mental Institute Research è stato aperto un centro di ricerca sull'EMDR, che ha studiato le applicazioni di questa terapia in caso di calamità naturali e di abuso di sostanze. L'EMDR è stato oggetto di svariate ricerche e lavori sperimentali in diverse parti

del mondo e, nel 1995 è uscito dal campo sperimentale per divenire un metodo terapeutico standard. L'EMDR è un approccio strutturato integrato che sintetizza elementi di molte altre psicoterapie efficaci, quali la terapia psicodinamica, cognitivo-comportamentale, incentrata sulla persona e incentrata sul corpo. Negli ultimi anni ci sono stati più studi e ricerche scientifiche sull'EMDR che su qualsiasi altro metodo terapeutico usato per il trattamento del trauma e dello stress traumatico. L'efficacia dell'EMDR è stata dimostrata in tutti i tipi di trauma, sia per il Disturbo Post Traumatico da Stress che per i traumi di minore entità. Nel 1995 il Dipartimento di Psicologia Clinica dell'American Psychological Association ha condotto una ricerca per determinare il livello di efficacia di questo metodo terapeutico e le conclusioni sono state che l'EMDR è "probabilmente efficace" per il PTSD in ambito civile, al pari di altri approcci. Altri studi hanno rivelato che l'EMDR è non solo efficace nel trattamento del PTSD, ma che risulta più efficiente di altri trattamenti. I suoi risultati sono più veloci nel lavoro con questa categoria diagnostica, presentando una media di 3-6 sedute, soprattutto per quanto riguarda il PTSD derivato da un singolo evento traumatico.

Nel 2000, la banca dati più utilizzata sul PTSD, la PILOTS Database del Dartmouth Veteran Hospital, registrò più studi clinici controllati sull'EMDR che su qualsiasi altro trattamento del PTSD, compresi quelli farmacologici; da tutti gli studi pubblicati emerse che l'EMDR era efficace almeno quanto le altre terapie esistenti, ma che rispetto a queste sembrava essere più tollerata e rapida (Servan-Schreiber, 2003).

L'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) ha recentemente valutato l'EMDR efficace per i PTSD con una classificazione A/B (Chemtob et al., 2000). La classificazione A è stata assegnata sulla base di una revisione di sette studi random controllati con risultati statisticamente significativi, su vari

gruppi, compresi i bambini. La classificazione *B* indica che sono necessari altri studi che confrontino l'EMDR con altre terapie focalizzate sul PTSD. Le linee guida dell'ISTSS indicano come l'EMDR sia supportato da una ricerca più ampia di quella relativa a quasi tutte le altre terapie per i PTSD.

Scheck et al. (1998) hanno lavorato con un gruppo di 60 donne di età compresa tra i 16 e i 25 anni, vittime di violenza sessuale, che sono state assegnate in modo randomizzato a due sedute di EMDR o di "ascolto attivo". La valutazione pre e post-trattamento è stata effettuata in modo indipendente con l'ausilio di strumenti psicometrici e di interviste diagnostiche. L'EMDR si è dimostrato più efficace dell'ascolto attivo in tutti i parametri di valutazione; tutti gli strumenti di misurazione utilizzati, nonostante la brevità dell'intervento, hanno fornito risultati migliori nei soggetti trattati con l'EMDR.

Una meta analisi condotta da Van Etten su tutti i trattamenti psicologici e farmacologici per il PTSD ha riportato: "L'EMDR è, insieme alla terapia comportamentale, la terapia più efficace per il PTSD ed è più efficiente di altri trattamenti" (Van Etten, Taylor, 1998).

L'efficacia dell'EMDR è stata dimostrata anche da studi con strumentazione SPECT condotti presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Boston da Bessel van der Kolk. Scansioni pre e post-trattamento indicano dei miglioramenti a livello neurofisiologico. (Journal of Anxiety Disorders, 1999, 13, 159-172).

Nell'edizione del dicembre 2002 del Journal of Clinical Psychology, dedicata all'EMDR, è stata pubblicata la prima ricerca che valuta gli effetti dell'EMDR a livello della risposta neuroendocrina (Heber, Kellner, Yehuda 2002). I risultati dimostrano un miglioramento della sintomatologia, un aumento dei livelli basali di cortisolo e una ipersuppressione del cortisolo più attenuata in risposta al test di soppressione del dexametasome. Questi dati supportano l'efficacia dell'EMDR nei miglioramenti dei sintomi da PTSD.

Recentemente il Ministero della Salute Italiano ha pubblicato il conciso Clinical evidence, la fonte delle migliori prove di efficacia per la pratica clinica, dove l'EMDR viene segnalato con lo stesso livello di utilità della sertralina per il trattamento del PTSD.

Il Veterans Health Affaire National Clinical Practice Guideline Council e il Ministero della Difesa U.S.A. (2004) hanno pubblicato le linee guida per la pratica clinica rivolte a cliniche, ospedali e centri di salute mentale, incluso programmi speciali di PTSD e centri di Veterani/Reduci di guerra. Queste linee guida riportano che la Terapia Cognitiva, la Terapia di Esposizione, Stress Inoculation Training e l'EMDR sono fortemente indicati per il trattamento del PTSD con popolazioni militari e civili. Gli esperti che hanno redatto queste linee guida provenivano dal mondo accademico, dal Veterans Affaire e dal Ministero della Difesa.

Nel dicembre 2004 le "Linee guida per la pratica clinica" dell'American Psychiatric Association hanno segnalato l'efficacia dell'EMDR.

I risultati delle ricerche condotte in questi ultimi anni hanno evidenziato che l'EMDR insieme alla terapia cognitivo-comportamentale è uno dei due trattamenti evidence-based per il trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Il modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione sottolinea una metodologia basata sulla fisiologia che stimola la modalità presunta di autoguarigione di un sistema intrinseco di elaborazione delle informazioni. I primi ricordi sono considerati la base primaria di molte patologie attuali, e gli effetti dell'EMDR sono ritenuti la causa del rapido cambiamento dell'impatto di questi ricordi nel modificare il quadro clinico attuale del paziente. Molte esperienze infantili sono impregnate di un senso di impotenza, mancanza di scelta, mancanza di controllo e senso di inadeguatezza. Tali esperienze vissute in

modo traumatico, durante l'età dello sviluppo, possono modificarne la sua biologia e contribuire a sviluppare schemi cognitivi ed emotivi disfunzionali riguardo al sé e le relazioni. Questi traumi possono alterare in modo temporaneo o permanente, non solo la capacità di affrontare le situazioni ma anche la percezione del pericolo predisponendo il soggetto a disturbi mentali futuri e diventandone un fattore di rischio. Le esperienze traumatiche potrebbero essere immagazzinate nella loro forma originaria, con tutte le relative componenti emotive, fisiologiche, percettive e cognitive. La dottoressa Shapiro (1995) ipotizza che quando il cervello non riesce ad integrare le informazioni, esse rimangono bloccate nel cervello nella stessa forma specifica che avevano al momento dell'input e pertanto la percezione dell'esperienza con le sue diverse componenti (emotiva, sensoriale, cognitiva, fisica) è immagazzinata così com'è stata provata allora.

Il modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione sostiene che anche normali eventi della vita quotidiana possono essere eventi causali di molte disfunzioni in quanto immagazzinate fisiologicamente. Il linguaggio del paziente comprende molto spesso espressioni di questi stati infantili, quali l'impotenza, la mancanza di scelte, la paura e l'inadeguatezza. L'EMDR attiva il processo di elaborazione dell'informazione e lo mantiene in uno stato dinamico; la colpa e il senso di impotenza della prospettiva del bambino possono essere progressivamente trasformati nella prospettiva adulta di responsabilità adeguata, sicurezza e fiducia nelle proprie capacità.

Questa nuova terapia è stata rivolta inizialmente al trattamento del PTSD, ma attualmente è un metodo utilizzato per il trattamento di varie patologie e disturbi psicologici. L'EMDR è usato fondamentalmente per accedere, neutralizzare e portare ad una risoluzione adattiva i ricordi di esperienze traumatiche che stanno

alla base di disturbi psicologici attuali del paziente. Queste esperienze traumatiche possono consistere in:

- piccoli/grandi traumi subiti nell'età dello sviluppo;
- eventi stressanti nell'ambito delle esperienze comuni (lutto, malattia cronica, perdite finanziarie, conflitti coniugali, cambiamenti);
- eventi stressanti al di fuori dell'esperienza umana consueta, quali disastri naturali (terremoti, inondazioni) o disastri provocati dall'uomo (incidenti gravi, torture, violenza).

L'EMDR utilizza un approccio standardizzato in otto fasi, inserite in un piano terapeutico globale, per affrontare una vasta gamma di disturbi basati sull'esperienza. Il trattamento completo con EMDR consiste in un approccio a tre livelli. Il terapeuta deve: (1) rivolgersi all'evento originale che ha stabilito la struttura cognitiva/affettiva, (2) scoprire i fattori scatenanti interni ed ambientali attuali, che stimolano il comportamento disadattivo, (3) installare la risposta cognitivo/comportamentale desiderata, per incrementare il senso di autoefficacia del paziente. Mentre i primi due livelli sono necessari per desensibilizzare il livello di disturbo, il terzo (installazione) permette di stabilire il nuovo modello a livello d'immagine, incrementando così la probabilità di un effetto terapeutico a lungo termine.

Il protocollo standard si focalizza, quindi, sull'evento o sugli eventi passati che hanno posto le basi per il disturbo, sugli eventi presenti che lo scatenano, e sull'acquisizione di modelli per un'adeguata funzionalità futura.

Il protocollo dell'EMDR per i disturbi del comportamento alimentare

I terapeuti devono essere consapevoli che la natura di un disturbo del comportamento alimentare, è molto complessa. La tipologia di disturbo del comportamento alimentare di un paziente riflette l'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali e non è possibile gestire questi fattori separatamente. I clinici non dovrebbero considerare l'EMDR come un protocollo fisso da utilizzare così com'è. I terapeuti devono comprendere come l'EMDR può essere usato efficacemente nel processo di elaborazione delle informazioni, senza aggravare i sintomi o crearne degli altri. E' fortemente raccomandato che i terapeuti abbiano competenze sulla dissociazione, le teorie della personalità e dell'attaccamento per comprendere l'applicazione dell'EMDR in questa tipologia di disturbi.

Riporto di seguito il protocollo dell'EMDR, utilizzabile per i disturbi del comportamento alimentare, messo a punto da Carol York e presentato al Congresso Internazionale EMDRIA, nel 1998, a Las Vegas, U.S.A.

1. Fase uno: Anamnesi del paziente

Idoneità del paziente

Il terapeuta attraverso un'anamnesi accurata e dettagliata, verificherà l'idoneità dei pazienti alla terapia con l'EMDR e valuterà i loro bisogni psicologici durante e dopo le sedute. E' importante ricordare che ogni seduta sarà diversa e i bisogni e le reazioni di ogni paziente, uniche. Il terapeuta deve valutare l'idoneità e la capacità del paziente a svelare e sopportare l'informazione per accertarsi se il paziente potrà essere guidato attraverso i disturbi che possono emergere durante il trattamento del ricordo. Il terapeuta deve conoscere i motivi per cui il paziente

ha richiesto il trattamento, inoltre, deve verificare se il soggetto ha aspettative reali o distorte riguardo al processo terapeutico, e se è consapevole che questo tipo di disturbi non spariscono o si modificano in tempi brevi. In questa fase è importante annotare gli aspetti salienti della storia del soggetto, come gli abusi fisici o sessuali. Se il paziente ha subito qualche forma di abuso, il terapeuta ha la necessità di raccogliere informazioni sull'esperienza traumatica. Occorre raccogliere informazioni sulla natura dell'abuso, l'età in cui è stato subito, quante volte è successo, se si è trattato di un singolo episodio, la relazione del paziente con colui che gli ha fatto violenza. Nella storia del paziente bisogna esplorare le dinamiche familiari: quali rapporti vi sono tra il soggetto e gli altri membri della famiglia e come viene gestita la comunicazione.

Terapia in studio o in strutture di ricovero

I terapeuti dovrebbero sempre valutare la necessità di supporti adeguati, di tipo medico o farmacologico, nel trattare i pazienti affetti da schizofrenia, dipendenza attiva da droghe o alcol, ricordi di esperienze vicino alla morte, menomazioni fisiche, o in caso di dubbi in merito alle tendenze suicide, alla stabilità personale o agli adeguati supporti di vita. I terapeuti devono valutare attentamente la sofferenza dei pazienti con anoressia nervosa/bulimia nervosa per accertarsi se il ricovero è necessario per contenere i sintomi comportamentali prima di iniziare ad utilizzare l'EMDR.

Menomazioni neurologiche

Non sono state riportate notizie di danni ai pazienti che soffrono di menomazioni neurologiche; ma, poiché il Modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione si basa su alcuni processi fisiologici sottostanti occorre prestare attenzione a qualsiasi precedente relativo ad anomalia neurologica o a

danni cerebrali organici. Un consulto con un medico andrebbe sempre ricercato qualora il terapeuta sospetti che una condizione fisica, compresa una menomazione neurologica, possa creare un problema. Quando il paziente è estremamente emaciato a causa dell'anoressia nervosa, l'uso dell'EMDR dovrebbe essere accuratamente valutato. Un estremo dimagrimento può influenzare il processo di elaborazione nel quotidiano, così come durante l'EMDR.

Epilessia

In questa situazione bisognerebbe essere cauti; i pazienti affetti da epilessia dovrebbero essere informati della possibilità di un attacco durante l'EMDR, prima di iniziare il trattamento.

Fattori di sicurezza del paziente

I seguenti fattori sono essenziali per mantenere la sicurezza del paziente e dovrebbero essere attentamente valutati per identificare i soggetti idonei all'EMDR.

Livello di rapporto

Il paziente dovrebbe essere in grado di sentirsi a proprio agio di fronte alla possibilità di sperimentare un elevato livello di vulnerabilità, la mancanza di controllo e una qualsiasi sensazione fisica legata all'evento, esperienze, queste, che possono essere associate all'evento target. Pur non essendo necessario che i pazienti rivelino i dettagli del proprio trauma, devono comunque essere disposti ad esperire, in presenza del terapeuta, qualunque emozione emerga e a riferirne accuratamente circa la natura e l'intensità di queste. Il paziente e il terapeuta devono stabilire un forte legame nella relazione terapeutica, ed il paziente deve

sentirsi protetto; quando si lavora con un soggetto affetto da disturbi del comportamento alimentare è importante che il paziente sperimenti questo senso di fiducia e sicurezza. I pazienti con un passato di gravi abusi meritano accurata considerazione prima di procedere con la terapia, poiché generalmente hanno problemi legati alla sicurezza e alla fiducia. L'EMDR non dovrebbe essere utilizzato finché il paziente non si sente a proprio agio con il terapeuta, così come accade nelle consuete interazioni proprie della psicoterapia tradizionale.

Disturbi emotivi

Il paziente dovrebbe essere in grado di sopportare e gestire gli elevati livelli di disturbo emotivo che possono emergere durante o tra le sedute. Per aiutare a valutare queste capacità prima di concentrarsi specificatamente sul materiale traumatico, si consiglia fermamente al terapeuta di accertare, durante le sedute di anamnesi, se il paziente è in grado di rispondere a tecniche di autocontrollo e di rilassamento. Poiché il terapeuta non sarà in grado di prevedere il livello di disturbo tra una seduta ed un'altra, è importante addestrare i pazienti a queste tecniche di autocontrollo, prima di sottoporli alla terapia con l'EMDR. L'incapacità di ridurre il disturbo può sommarsi alle paure del paziente quando si accede a materiale disfunzionale, e può fortemente ostacolare gli effetti terapeutici positivi.

Supporti di vita

I pazienti devono avere adeguati supporti, compresi amici e familiari, che possono confortarli durante qualunque disturbo tra le sedute. Se i pazienti sono isolati o sono loro stessi supporti primari, senza una propria rete di sostegno, i terapeuti dovrebbero procedere con cautela. E' fondamentale che sia fatta una valutazione della stabilità personale del paziente; occorre accertarsi se ci siano

ideazioni suicide od omicide. Il livello di stabilità ambientale è anch'esso significativo; i terapeuti non dovrebbero tentare di rielaborare traumi non legati al problema attuale se i pazienti stanno attraversando un periodo di forti pressioni nel presente (quali crisi familiari, o problemi finanziari e lavorativi) e non sono in grado di gestire l'ulteriore disturbo generato dalla rielaborazione. Il terapeuta deve accertarsi se il paziente sia in grado di contenere i disturbi del comportamento alimentare quando è particolarmente stressato o se i sintomi si aggravano.

Salute fisica generale

Il paziente dovrebbe essere sufficientemente sano da sopportare le sollecitazioni fisiche della rielaborazione dei ricordi. Il terapeuta deve verificare se il paziente necessita di follow-up medici e nutrizionali; è utile cercare un professionista che aiuti il terapeuta a diagnosticare la natura, i sintomi e le complicazioni mediche associate ai vari disturbi del comportamento alimentare. Il terapeuta deve analizzare i pensieri e gli interessi legati alla sfera sessuale del paziente.

Problemi oculari

In nessun caso l'EMDR deve procedere se il paziente riferisce di provare dolore agli occhi. In questo caso il terapeuta deve indirizzare il paziente ad un oculista specializzato che dovrà essere informato del tipo di movimenti oculari richiesti dalla terapia con l'EMDR. Lo specialista dovrà valutare la capacità fisica del paziente a sostenere questo tipo di movimenti oculari e dare un giudizio sull'opportunità di praticarli. I bambini hanno difficoltà a seguire questi movimenti, per cui possono essere utilizzate altre forme di stimolazione come il tamburellamento sulle mani (tapping) o gli stimoli uditivi.

Abuso di droghe e alcol

Gli adolescenti o gli adulti con un passato di abuso di sostanze dovrebbero essere coinvolti in un programma di recupero, terapia familiare, e qualsiasi altro supporto o programma terapeutico prima di iniziare con l'EMDR. Particolare cautela deve essere usata nei casi di abuso prolungato di anfetamine e di dipendenza da crack e cocaina.

Risvolti legali

Nel caso di procedimenti legali in corso o in previsione è necessario ottenere il consenso informato da tutte le parti in causa. Durante il trattamento con l'EMDR l'immagine dell'evento può sbiadirsi, sfocarsi o sparire completamente. I terapeuti dovrebbero, quindi, spiegare che (1) dopo il trattamento con l'EMDR il paziente potrebbe non essere in grado di accedere ad un'immagine vivida dell'evento, (2) il paziente potrebbe non riuscire più a raccontare l'episodio con intensa emozione, (3) sebbene l'EMDR non sia ipnosi non è ancora stato definito a livello forense e può, eventualmente, essere considerato dalla corte come assimilabile all'ipnosi.

Il contesto sistemico

Il trattamento con l'EMDR non influenza solo i pazienti ma anche le loro famiglie; con l'elaborazione dell'informazione disfunzionale e l'instaurazione di nuove autovalutazioni, il comportamento del paziente si modifica. Man mano che i pazienti si aprono a nuove scelte, essi dovrebbero ricevere una formazione sulle nuove abilità che gli vengono richieste. I pazienti sottoposti a sessioni di EMDR possono elaborare il materiale ad una velocità elevata, e devono essere preparati a gestire le resistenze che potrebbero trovare nei colleghi, familiari o amici.

Vantaggi secondari

Una speciale attenzione va posta nel valutare le possibili conseguenze positive, i bisogni e il problema di identità che si celano dietro il disturbo presentato. Essenzialmente il terapeuta deve identificare con che cosa il paziente dovrà confrontarsi o a che cosa dovrà rinunciare se la terapia viene iniziata o si rivela efficace e deve determinare se il paziente possiede la stabilità e le risorse per gestire il cambiamento. I pazienti possono aver organizzato la propria esistenza attorno alla patologia, e quest'eventualità deve essere affrontata, almeno a livello cognitivo, prima che ci si possa aspettare qualsiasi cambiamento dalla terapia con l'EMDR.

Timing

E' fondamentale valutare la situazione di vita attuale del paziente per ridurre potenziali problemi; il terapeuta deve verificare la condizione del paziente per essere sicuro che questi sia in grado di affrontare le possibili reazioni emotive tra le sedute. Se il paziente non è emotivamente stabile, non può trarre beneficio dal processo di elaborazione. Se il paziente soffre di un disturbo del comportamento alimentare potrebbe aver bisogno di ulteriore sostegno per aiutarlo a controllare i comportamenti prima di elaborare gli eventi passati con l'EMDR. La funzione di un disturbo del comportamento alimentare è di dissociare, distogliere e/o non pensare alle emozioni e alle preoccupazioni e ai problemi della vita. L'EMDR dovrebbe essere utilizzato all'interno di una pianificazione terapeutica globale. Sedute alternate di stabilizzazione, elaborazione del passato e del presente, contenimento, installazione di nuove abilità necessitano di essere pianificate all'interno di un trattamento clinico.

Necessità farmacologiche

Finora, nessun farmaco si è rivelato in grado di bloccare completamente l'elaborazione dell'informazione con l'EMDR, sebbene sia stato riferito che le benzodiazepine riducono l'efficacia terapeutica. È stato riferito che con l'elaborazione del materiale psicologico disfunzionale, l'ansia o la depressione ad esso connesse, vengono migliorate riducendo così la necessità di farmaci per curare il problema. L'uso di farmaci deve essere discusso con il paziente, poiché la patologia del comportamento alimentare è caratterizzata da livelli elevati di depressione e ansia.

Disturbi dissociativi

Il terapeuta che intende iniziare il trattamento con l'EMDR dovrebbe prima somministrare ai pazienti la Scala delle Esperienze Dissociative (DES) e fare un'accurata valutazione clinica di ogni paziente. Senza una appropriata protezione il paziente potrebbe sperimentare un alto livello di disturbo, comportamenti disturbanti estremamente negativi e/o resistere clinicamente all'EMDR. I terapeuti devono avere una buona competenza sui disturbi dissociativi. È risaputo che i pazienti non possono avere un disturbo del comportamento alimentare senza un "processo dissociativo" in corso. La stabilizzazione del comportamento, la modulazione delle percezioni, e il contenimento sono gli obiettivi principali del trattamento per le persone che soffrono di un disturbo del comportamento alimentare.

Pianificazione terapeutica

Come con qualsiasi forma di psicoterapia, lo scopo delle sedute di anamnesi è l'identificazione del quadro clinico completo prima di iniziare il trattamento con il paziente. Il terapeuta dovrebbe tentare di delineare il disturbo riportato dal

paziente e i suoi antecedenti, nel modo più specifico possibile. Se il paziente ha richiesto il trattamento per un disturbo del comportamento alimentare è bene servirsi di un'intervista strutturata a causa della vergogna e del riserbo che caratterizzano tali patologie. I terapeuti dovrebbero assicurarsi di accertare quanto segue.

Evoluzione del peso

1. *Sintomi*. Il terapeuta deve raccogliere informazioni riguardo l'altezza, il peso e il peso ideale. E' necessario conoscere l'opinione del paziente sul peso, qual è stato il suo peso più alto e quello più basso, con quale velocità acquista o perde peso, se la preoccupazione per la forma fisica è dovuta all'occupazione lavorativa.

2. *Durata*. Da quanto tempo persiste il problema? Quando è stata la prima volta che ha perso o acquistato peso? Quanto spesso le è successo di modificare il suo peso?

3. *Causa primaria*. Quali sono le opinioni dei suoi familiari e dei suoi amici riguardo la magrezza, la dieta e l'apparenza e quanto queste opinioni influenzano il paziente? Se è stato deriso, che cosa gli hanno detto, come, chi lo ha preso in giro, e qual è stato l'effetto sul paziente?

4. *Ulteriori eventi passati*. Quali altri eventi sono legati all'aumento o alla perdita di peso? Come li ha affrontati il paziente? Chi l'ha sostenuto e chi no?

5. *Altri disturbi*. Quali altre difficoltà ha incontrato, per esempio amenorrea, carie ai denti, e altri problemi medici?

6. *Vincoli attuali*. Quanto è influenzato, attualmente, il paziente dal proprio peso? Quanto è distorta la propria percezione di sé? I familiari e gli amici sono a conoscenza del problema? Ha ricevuto conforto e aiuto da qualcuno? Il paziente ha informazioni adeguate sulla nutrizione e sugli effetti delle diete?

Immagine di sé

1. *Sintomi.* La percezione della propria immagine varia da una leggera distorsione, all'insoddisfazione ad una convinzione profondamente errata. Il terapeuta deve accertarsi dove si colloca il paziente, lungo questo continuum. La distorsione della propria immagine consente al paziente di rifocalizzare l'attenzione sui sentimenti di inadeguatezza, colpa, vergogna, rabbia, depressione.

In che modo l'immagine di sé influenza queste variazioni da lievemente a gravemente debilitato? Se l'immagine di sé condiziona l'esistenza del paziente, cosa gli impedisce di fare? Corteggiare, avere un vita sessuale soddisfacente, attività fisica, o attività che richiedono l'esposizione del corpo?

2. *Durata.* Da quanto tempo il paziente è condizionato dalla sua immagine? Com'è cambiata nel tempo la valutazione di sé? Quali cambiamenti hanno migliorato o peggiorato le sue opinioni?

3. *Causa primaria.* Quale fu l'evento originale o l'evento primario più disturbante durante il quale il paziente si è sentito insoddisfatto del proprio corpo? Quali furono le circostanze, qualcuno gli ha detto qualcosa, quali furono le reazioni del paziente? Che cosa gli hanno detto le altre persone, quando ha espresso l'insoddisfazione per il proprio corpo?

4. *Ulteriori eventi passati.* Quali ulteriori eventi sono stati strumentali nell'influenzare o nel rinforzare quest'insoddisfazione? Qualcuno ha contribuito, a ciò, dicendole qualcosa? Quali sono state le sue risposte, reazioni?

5. *Altri disturbi.* Quali altre difficoltà accompagnano l'immagine distorta di sé? Il paziente ricorre ad abbuffate, al vomito autoindotto, a diete costringitive?

6. *Vincoli attuali.* Come viene influenzato attualmente il paziente? Come affronta la situazione attuale? E' importante determinare il grado di insoddisfazione e quale impatto ha nella vita del soggetto.

Tipo di disturbo del comportamento alimentare

1. *Sintomi*. Quali sintomi, specifici di un disturbo del comportamento alimentare, presenta il paziente? Dieta restrittiva, abbuffate incontrollate, condotte di eliminazione, mangiare anche senza avere fame?

Che cosa pensa del cibo? Quali sono i cibi considerati buoni o cattivi?

Chiedere al paziente di descrivere le sue abitudini alimentari quotidiane; raccogliere informazioni sugli episodi in cui manifesta il disturbo. Quando accade? E' da solo? Che cosa mangia di particolare, o non mangia?

2. *Durata*. Da quanto tempo il disturbo persiste? Come è cambiato nel tempo? Quando si è modificato? Ci sono stati degli eventi che hanno influenzato il disturbo, peggiorandolo o migliorandolo? Quante volte accadono episodi di abbuffate durante la settimana?

3. *Causa primaria*. Quale fu il primo episodio? Quale fu il peggiore? Quali furono le circostanze, compresi fattori relativi all'interazione, al momento del primo episodio? Che cosa le sembra abbia causato l'inizio della patologia? Che cosa è successo dopo il primo episodio? Che cosa ha pensato e provato dopo il primo episodio?

4. *Ulteriori eventi passati*. Quali altri eventi sono capitati e capitano durante gli episodi disfunzionali? Quali sono state le risposte degli amici e dei familiari? Quali sono le reazioni del paziente alle risposte, al suo disagio, dei familiari?

5. *Altri disturbi*. I sintomi del paziente sono peggiorati nel tempo? Quali altre difficoltà esistono attualmente nella vita del paziente?

6. *Vincoli attuali*. Il paziente vede il suo comportamento alimentare come disfunzionale? Quanta sofferenza prova attualmente? Vi sono vantaggi secondari che contribuiscono a mantenere la patologia? Come si comporta il paziente da un punto di vista medico generale? Ha informazioni sufficienti sull'alimentazione e

sul suo disturbo? Se il paziente non è informato deve essere educato ai vantaggi di condurre una vita salutare.

2. Fase due: la preparazione

La fase di preparazione organizza la struttura terapeutica e favorisce la creazione di un adeguato livello di aspettativa per il paziente.

1. Adozione di un atteggiamento clinico

Il terapeuta deve comunicare al paziente che la terapia sarà condotta con l'ausilio di altri professionisti, come dottori e nutrizionisti. Il paziente deve comprendere che un disturbo del comportamento alimentare coinvolge l'intera persona e implica problemi a livello biologico, fisico e psicologico. Il paziente deve essere accuratamente informato degli obiettivi della terapia e deve essere consapevole dei suoi progressi. L'atteggiamento del terapeuta dovrebbe essere di rispetto e accomodante nei confronti dei bisogni di sicurezza e di protezione del paziente; il compito del clinico è di facilitare il processo di autoguarigione del soggetto.

2. Creazione di un legame con il paziente.

Il terapeuta deve stabilire un rapporto con il paziente tale da includere una solida alleanza terapeutica, un riconoscimento di obiettivi comuni e un accordo sulla necessità di dire la verità. Il terapeuta dovrebbe essere sensibile al fatto che alcuni individui non hanno mai riconosciuto le loro difficoltà col cibo e provano vergogna e si sentono umiliati; questo è particolarmente vero per i soggetti bulimici. Il paziente deve essere rassicurato e deve sentirsi a proprio agio affinché riesca a fornire le informazioni necessarie al terapeuta. I pazienti devono sentire che verranno protetti durante l'elaborazione e che, in ultima analisi, sono loro ad avere il controllo.

3. Spiegazione della teoria.

Il terapeuta dovrebbe fornire ai pazienti un'esposizione generale della teoria dell'EMDR attraverso un linguaggio ad essi comprensibile. Per la maggior parte dei pazienti una breve descrizione, come la seguente, può essere sufficiente:

“Quando avviene un trauma, sembra che esso rimanga racchiuso nel sistema nervoso”. I pazienti sembrano rispondere bene a questa descrizione perché la loro stessa esperienza è spesso relativa alla sensazione di qualcosa di bloccato in loro. Una spiegazione così aiuta i pazienti a rimuovere il senso di vergogna e di colpa che spesso sperimentano nei riguardi della loro stessa incapacità a liberarsi dai sintomi. Il paziente dovrebbe capire che, a causa della complessità della natura dei disturbi del comportamento alimentare, la terapia procederà per fasi e l'elaborazione sarà frammentata.

4. Prova dei movimenti oculari.

Il terapeuta dovrebbe individuare la distanza più comoda dagli occhi del paziente, alla quale tenere le dita e dovrebbero determinare se il paziente è in grado di compiere i movimenti oculari nelle diverse direzioni. In alcune situazioni il tapping risulta essere più utile durante l'elaborazione.

5. Stabilire le aspettative e affrontare le paure.

Il terapeuta nel dare le istruzioni al paziente, dovrebbe stare attento a cogliere eventuali segnali non verbali di confusione e dovrebbe rispondere alle domande che sorgono. Talvolta, un paziente non è disposto a concentrarsi su un ricordo specifico a causa del senso di vergogna o di colpa; il terapeuta dovrà rassicurarlo che, poiché l'elaborazione avviene a livello interno, non ha bisogno di rivelare i dettagli, è sufficiente che riferisca che sta tacendo su qualcosa. Occorrerà affrontare tutte le domande e i dubbi del paziente, comprese le paure di non riuscire a gestire l'esperienza terapeutica o di “non farcela a tornare indietro”.

6. Strategie diagnostiche e terapeutiche nell'uso dell'EMDR con i disturbi del comportamento alimentare.

7. Creazione di un posto sicuro.

Quest'esercizio è particolarmente utile per quei pazienti che non riescono a rilassarsi, poiché sentono il bisogno di rimanere vigili per tenere sotto controllo la situazione. L'obiettivo è che i pazienti creino un posto sicuro nella loro immaginazione prima dell'elaborazione. Quest'oasi emotiva può servire per un riposo temporaneo durante l'elaborazione, come ausilio per ridurre il livello di disturbo nel caso di una seduta incompleta, e come strumento per gestire il materiale disturbante che può insorgere tra due sedute.

3. Fase tre: Assesment

Durante la fase di assesment il terapeuta determina le componenti del ricordo target e fissa i valori della linea di base per le reazioni al processo del paziente. Il terapeuta dovrebbe fare una valutazione accurata della storia del paziente, dell'evoluzione del disturbo alimentare, e/o della storia del trauma e della fase di recupero in cui si trova il paziente.

- Stadi del recupero
 1. Contenimento dei sintomi del disturbo del comportamento alimentare
 2. Dissociazione
 3. Recupero del trauma
 4. Crescita evolutiva
 5. Reinserimento

Il terapeuta e il paziente dovrebbero discutere le varie fasi e prendere insieme una decisione su come l'EMDR verrà utilizzato. Una programmazione stabilita

sembra aiutare il paziente a capire cosa gli succederà e a valutare gli obiettivi e i traguardi durante il recupero, più realisticamente.

1. Scelta dell'immagine

Secondo qual è lo stadio di guarigione, l'immagine target potrebbe essere inerente al presente. Poiché la natura del disturbo del comportamento alimentare è estremamente complessa e generalmente cronica, è utile lavorare sul presente e procedere con l'elaborazione dell'informazione così che le associazioni negative del passato emergano come risultato della processazione delle informazioni.

2. Identificazione della cognizione negativa

Quando un paziente è appena entrato in terapia e lavora sulle prime due fasi del recupero, la cognizione negativa potrebbe non essere riferita al sé, ma potrebbe essere legata al comportamento alimentare, alla situazione, o alle percezioni. Se il paziente sta lavorando sulle prime due fasi, è talvolta difficile per lui formulare una cognizione negativa poiché il processo dissociativo ha bloccato i pensieri nella forma di fattori scatenanti emotivi. Il terapeuta dovrebbe essere cauto e lavorare insieme al paziente per elicitarne la cognizione negativa.

3. Formulazione di una cognizione positiva

La cognizione positiva è la verbalizzazione dello stato desiderato e rappresenta generalmente un cambiamento a centottanta gradi rispetto alla cognizione negativa. E' un'autoaffermazione rinforzante che contiene lo stesso tema della cognizione negativa, alcune volte, però, questo non accade. Il terapeuta non dovrebbe preoccuparsi per questo o sforzarsi per renderle compatibili; questo può essere sistemato alla fine della fase di desensibilizzazione. Una volta iniziata la terapia con l'EMDR una cognizione positiva più adeguata può emergere o venire suggerita dal terapeuta a seconda della ricettività del paziente. Comunque, è essenziale che il paziente senta di avere il controllo della situazione e che senta

come vera la cognizione formulata anche se ciò può essere difficile da credere al momento attuale.

4. Misurazione della validità della cognizione

Quando il paziente ha sviluppato la propria cognizione positiva si procede accertando il livello di VOC (Validity of Cognition, è una scala a 7 punti) ad essa relativo, per fornire una linea di base e assicurare che la cognizione positiva sia realmente effettiva. Il terapeuta chiede al paziente: “ Quando pensa all’immagine o all’evento, quanto vere sente le parole (ripetere la cognizione positiva) su una scala da 1 a 7, dove 1 significa completamente falso e 7 completamente vero?”. Alcune volte può succedere che il paziente riferisca un punteggio VOC pari a 1, il terapeuta deve annotarlo mentalmente, ma non dovrebbe sforzare il paziente a modificare questo punteggio poiché esaminando il livello emotivo questo cambierà.

5. Dare un nome alle emozioni.

Per completare la valutazione delle misurazioni della linea di base e stimolare il materiale disfunzionale, viene poi chiesto al paziente di richiamare e tenere a mente l’immagine dell’evento insieme alla cognizione negativa. In particolare il terapeuta chiederà: “Quando richiama l’immagine o l’evento e le parole (cognizione negativa), quali emozioni sente in questo momento?” Ai pazienti viene chiesto di riferire l’emozione, o le emozioni specifiche, che affiorano: questa convergenza di immagine e cognizione negativa stimolerà, in genere, il materiale disfunzionale ad un livello di intensità maggiore di ognuno dei due elementi presi singolarmente.

6. Stima dell’unità soggettiva di disturbo (Scala SUD)

In seguito all’indicazione del paziente circa le emozioni che prova, bisogna determinarne la valutazione sulla Scala SUD. In particolare, il terapeuta dovrebbe chiedere: “Su una scala da 0 a 10, dove 0 significa nessun disturbo o

neutrale e 10 è il più alto livello di disturbo immaginabile, qual è il livello di disturbo che sente in questo momento?

7. Identificazione delle sensazioni corporee

Il terapeuta chiederà al paziente: “ Dove sente il disturbo nel suo corpo?

L'esperienza clinica con l'EMDR ha mostrato che le risposte corporee ad un trauma sono spesso un importante aspetto della terapia. La maggior parte dei pazienti sarà in grado di rilevare la contrazione di un muscolo o un aumento delle pulsazioni o della respirazione. Il terapeuta deve però essere consapevole che molti pazienti potrebbero aver bisogno di una formazione sulla consapevolezza delle sensazioni, in quanto essi hanno imparato a separarsi psicologicamente dai loro corpi, sia a causa di un disagio continuo, sia per la convinzione che i loro bisogni non verranno soddisfatti.

4. Fase quattro: Desensibilizzazione

La quarta fase si concentra sulla riduzione del disagio del paziente a 0 o a 1 sulla Scala SUD; affinché avvenga la desensibilizzazione, è necessario elaborare il materiale disfunzionale immagazzinato in tutti i canali associati all'evento target. Se il paziente presenta disturbi dissociativi è meglio utilizzare l'elaborazione frazionata. Il terapeuta deve cercare il protocollo adeguato da usare affinché il paziente possa elaborare il materiale senza esserne sommerso. Se il paziente soffre di anoressia o bulimia potrebbero essere presenti sintomi o disturbi dissociativi. I protocolli devono essere adattati al paziente perché possa procedere con il processo di elaborazione senza essere oppresso dal materiale disfunzionale. Quando stanno elaborando, i pazienti con disturbi del comportamento alimentare, devono aver identificato le emozioni e le sensazioni corporee. Ogni target iniziale viene considerato un nodo fisiologico al quale sono

legate altre esperienze passate; si ritiene che il disturbo insito in ogni nodo target sia alimentato dai vari canali associativi. Il terapeuta deve tornare frequentemente all'evento target per evitare che le varie associazioni mentali si blocchino. E' possibile inferire l'elaborazione dell'informazione in questi canali, attraverso l'osservazione degli spostamenti delle manifestazioni delle informazioni (immagini, pensieri, emozioni, suoni, o convinzioni) mentre il paziente rimane focalizzato sul ricordo target.

Il terapeuta si rivolgerà in questo modo al paziente: “ Vorrei che lei richiami l'immagine, quelle parole negative (ripetere la cognizione negativa), noti la sensazione nel suo corpo e segua le mie dita.”

1. Cominciare i Movimenti Oculari piano. Aumentare la velocità fino al punto che il paziente tollera bene i movimenti. (Il primo set dovrebbe essere caratterizzato da 24 movimenti orizzontali).

2. I terapeuti dovrebbero riconoscere e rinforzare lo sforzo del paziente dicendo tranquillamente: “Bene. Così. Bene”, durante i set.

3. E' utile dire al paziente, specialmente durante l'abreazione: “Bene. E' roba vecchia. Lo noti soltanto.”

4. Dopo ogni set è importante istruire il paziente dicendogli: “ Riposi, lo lasci andare e faccia un respiro profondo”.

Questo momento di rifocalizzazione serve ad interrompere l'intensità dell'attenzione e della concentrazione e consente al paziente di riposare, riorientarsi e prepararsi a verbalizzare un nuovo plateau di informazioni.

5. Quando il paziente sembra pronto il terapeuta ristabilisce il contatto chiedendogli: “Cosa ha notato ora?”

Questo permette al terapeuta di conoscere tutti gli aspetti dell'evento e lo stato attuale del materiale target. Il paziente in genere rivelerà nuove informazioni, immagini, emozioni o sensazioni dominanti.

6. Dopo aver ricevuto il feedback dal paziente, il terapeuta lo rassicura in questo modo: “Vada così” o “mantenga questo”, “Si focalizzi su questo”, “Andiamo avanti così”.
7. Quando il paziente è alla fine di un canale, chiedergli: “Se torna all’esperienza (o evento) originale, cosa nota ora?”
8. Dopo aver ricevuto il feedback, si procede con un nuovo set di movimenti oculari.
9. Se il paziente descrive nuovo materiale o se riferisce qualche disturbo, continuare sullo stesso canale facendo ulteriori set di Movimenti Oculari.
10. Se il paziente non riporta alcun tipo di disturbo, chiedergli: ” Quando pensa all’esperienza, su una scala da 0 a 10, dove 0 significa nessun disturbo e 10 il disturbo più forte che può immaginare, che livello di disturbo prova ora?”
11. Se il SUD è 0, si procede con l’installazione della cognizione positiva. Se il SUD è più di 0, fare ancora movimenti oculari.

5. Fase cinque: Installazione della cognizione positiva

Dopo la conclusione della desensibilizzazione, con un SUD a 0 o a 1, inizia la fase di installazione; questa fase viene usata per aumentare la cognizione positiva e per legarla in modo specifico al tema o all’evento target originario. Il terapeuta chiederà al paziente di valutare la cognizione positiva che ha scelto durante la fase di assesment; cioè il terapeuta dirà: “Come le sembra (ripetere la cognizione positiva)?” Il terapeuta dovrà inoltre verificare se durante l’elaborazione è emersa una cognizione positiva più terapeutica o rafforzata. E’ fondamentale che il paziente scelga la cognizione positiva più significativa per lui. Una volta che il paziente ha stabilito la sua cognizione positiva, questa viene valutata attraverso la scala VOC. Dopo aver controllato la VOC, la cognizione positiva scelta viene

legata all'evento target e il terapeuta dirà al paziente: “ Pensi all'evento e lo tenga unito alle parole (ripetere la cognizione positiva) ” e quindi guiderà il paziente verso un nuovo set di movimenti oculari fino a che la VOC raggiungerà un 7, o “completamente vero”.

6. Fase sei: Scansione corporea

Il modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione, che sta alla base dell'EMDR, sostiene che il materiale disfunzionale può avere una risonanza fisica osservabile; perciò, la sesta fase del trattamento si concentra soprattutto sulla tensione corporea. Al paziente viene richiesto di pensare all'immagine e alla cognizione positiva, mentre esplora mentalmente tutto il proprio corpo per individuare sensazioni residue di tensioni o di rigidità, o qualsiasi percezione particolare. Questa fase è completata quando il paziente, tenendo a mente l'evento target e la cognizione positiva, può operare una scansione mentale del proprio corpo senza trovare alcuna tensione residua.

7. Fase sette: Chiusura

Il terapeuta non dovrà mai permettere ad un paziente di lasciare lo studio in preda ad un elevato livello di disturbo o nel mezzo di un'abreazione. Questo è il motivo per cui il terapeuta dovrà sempre prevedere del tempo per chiudere la seduta dando istruzioni adeguate e lasciando il paziente in uno stato mentale positivo e con un buon livello di stabilità. Questa frase può aiutare il terapeuta al momento di congedare il paziente: “L'elaborazione che abbiamo fatto oggi potrebbe continuare dopo la seduta. Potrebbe notare nuove sensazioni, pensieri, ricordi o sogni. Se ciò avviene, prenda nota di quello che prova, ne faccia una specie di

fotografia e tenga un diario. Possiamo lavorare su questo nuovo materiale la prossima volta. Se lo ritiene necessario mi chiami.”

8. Fase otto: Rivalutazione

La fase di rivalutazione è essenziale al trattamento con l’EMDR; nel corso di questa fase il terapeuta valuta in che misura è stato risolto il materiale precedentemente utilizzato come target e determina se il paziente necessita di ulteriori elaborazioni. Il termine rivalutazione riflette la necessità di una precisa attenzione clinica e di un follow-up che inquadrino ogni seduta terapeutica con l’EMDR, all’interno delle quali il materiale disturbante viene usato come target.

L’integrazione dell’EMDR nel trattamento di pazienti con disturbi da Binge Eating

Nelle pagine che seguono riporto uno studio fatto da Marina Balbo, psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale e Supervisore Facilitator EMDR, presentato al primo Convegno Nazionale sull’EMDR e l’Integrazione delle Psicoterapie, svoltosi a Bologna il 26-27-28 novembre 2004. Durante questo convegno, cui ho partecipato, sono stati presentati le ricerche e gli interventi che sono stati fatti in Italia, negli ultimi cinque anni, con l’applicazione dell’EMDR.

Soggetti: n° 10 pazienti (8 femmine, 2 maschi e 1 drop out) con attacchi di fame compulsiva; l'età media di questi soggetti è di 24 anni per le femmine e 30 per i maschi.

Assesment: SQ (Sympton Questionnaire)

Edi-2 (Eating Disorders Inventory-2)

Diario Alimentare (strumento di auto-monitoraggio)

Storia di vita

L'elaborazione iniziale dei test faceva rilevare un elevato livello depressione e di ansia sociale; è emerso che questi soggetti avevano diverse idee disfunzionali provocate da costruzioni distorte riguardo il loro livello di autostima, di accettazione di sé e del loro valore personale.

Il cibo era considerato l'unica fonte di pace ed il ricorso ad esso avveniva nei momenti in cui era più arduo tollerare la frustrazione causata dalle emozioni considerate difficili da sopportare e spesso anche da discriminare tra loro: ansia, noia, rabbia, tristezza, senso di perdita del controllo, impotenza, inadeguatezza, vergogna, instabilità.

Il modello cognitivo del settore mostra come queste emozioni facciano parte di quel "circolo vizioso" tipico dei disturbi del comportamento alimentare, dove il mantenimento dello stesso è legato all'alterazione dell'intreccio tra biologico e psicologico, dove gli antecedenti e le cause divengono conseguenze.

I livelli di sensazione d'inadeguatezza, d'insicurezza sociale e d'insoddisfazione per il corpo, rilevati dall'EDI-2 evidenziano questi dati.

L'applicazione del modello Cognitivo-Comportamentale ha permesso ai pazienti di prendere coscienza dell'utilizzo inadeguato della dieta e di ridurre i comportamenti di binge (impiegato spesso autonomamente come unica strategia per perdere peso e anche come controllo del sé emotivo) e di sostituirlo con

strumenti più idonei come: rompere regole rigide d'alimentazione, tollerare il senso d'urgenza imparando che il binge non è inevitabile.

L'analisi delle storie di vita ha permesso di evidenziare la presenza di alcune cognizioni negative legate all'immagine di sé, al proprio valore e alla sensazione spesso generalizzata di impotenza.

L'applicazione dell'EMDR si è basata sul concetto che il cervello dei pazienti si potesse ancora trovare (nonostante n. 15 sedute di terapia C.C.) in una condizione di incapacità di elaborare informazioni tra diverse reti neurali. Questo è quello che avviene frequentemente a seguito di esperienze traumatiche.

L'uso dell'EMDR ha consentito di accelerare i processi di elaborazione delle informazioni, attraverso l'accesso agli archivi della memoria dell'infanzia; i pazienti alla richiesta di ricordare, attraverso la rivisitazione del ricordo emotivo, un evento particolarmente significativo, erano in grado di sperimentare un cambiamento attraverso le trasformazioni dell'immagine, delle emozioni, delle sensazioni fisiche legate al corpo durante i vari sets di movimenti oculari.

Il presupposto teorico dell'EMDR ha permesso di dare una nuova visione alla patologia, nonché la possibilità di integrare una nuova modalità di intervento alla psicoterapia cognitiva. Secondo l'EMDR il cervello, infatti, ha un sistema innato di elaborazione dell'informazione, ma a causa di certe esperienze traumatiche, tale elaborazione non avviene come dovrebbe e l'informazione rimane congelata in una rete neurale. Pertanto le esperienze che hanno fornito una base significativa alla patologia sono state conservate senza essere elaborate a sufficienza, e quando queste esperienze sono state richiamate, hanno portato con sé un alto livello di disturbo, manifestato da emozioni e sensazioni fisiche. Il fatto di rielaborare queste esperienze con l'EMDR ha permesso ai pazienti di avere nuovi insight, di cambiare la valutazione dal punto di vista cognitivo, di incorporare emozioni adeguate, reazioni fisiche e di adottare comportamenti più

adattivi. I cambiamenti più significativi che hanno permesso ai soggetti di sperimentare emozioni più adattive sono legati alle seguenti tematiche:

ABUSO SESSUALE —→ COLPA

(L'abuso sessuale, la violenza fisica e psicologica esercitata su un soggetto in età evolutiva è capace di interrompere lo sviluppo psicologico e interpersonale a causa della violazione e dell'insulto esercitato all'integrità del sé fisico e psicologico del soggetto.)

ABBANDONO —→ SOLITUDINE

IMPOTENZA —→ PERICOLO COSTANTE IMPOTENZA

INADEGUATEZZA —→ NON AMABILITA'

PERDITA DEL —→ FALLIMENTO

CONTROLLO

RISULTATI:

Dopo N. 6,5 sedute:

Le emozioni conseguenti alla riformulazione attraverso i Movimenti Oculari sono passate da un'esperienza rivissuta di emozione negativa ad una più costruttiva legata ad una più adeguata percezione di sé e degli altri. I pazienti hanno accettato di distanziarsi dal proprio sistema di valori per cominciare a vedere gli effetti che un cambiamento comportamentale può avere anche sul modo di pensare.

Anche i valori legati all'SQ risomministrato dopo il trattamento, evidenziano questi risultati.

Conseguentemente anche i livelli depressivi si sono ridotti notevolmente determinando i seguenti cambiamenti:

- aumento della compliance
- aumento della motivazione alla psicoterapia

Ciò ha reso possibile il proseguo dell'incremento delle abilità cognitive, oltre alla ristrutturazione cognitiva, come ad esempio:

- analizzare il proprio modo di pensare
- combattere la pressione culturale sulla magrezza (anche per il mantenimento del peso)
- modificare valori e atteggiamenti per attivare un sistema di pensiero più neutrale e positivo
- maggiore accettazione di sé e del proprio valore personale "globale"
- riduzione significativa dei comportamenti di binge eating

CONCLUSIONI

In relazione agli studi menzionati nei capitoli precedenti è possibile notare come i disturbi del comportamento alimentare siano patologie psichiatriche che utilizzano il corpo come mezzo d'estrincazione della sofferenza. Per tale motivo è estremamente importante attuare un approccio diagnostico che tenga in dovuta considerazione le componenti di natura organica della patologia, quelle di matrice psicologica, nonché degli aspetti sociali per avere una corretta visione del problema e per attuare un trattamento il più efficace possibile. I pazienti che sono affetti da tali disturbi, spesso, presentano complicanze organiche molto gravi che possono divenire una minaccia per la vita stessa dei soggetti; generalmente, sono questi i sintomi che portano il paziente ad un primo contatto con il mondo medico. Molto spesso sono i genitori, i familiari, che spingono il soggetto con un disturbo alimentare a cercare aiuto, rivolgendosi a medici e personale qualificato, poiché nella maggior parte dei casi questi individui minimizzano o diniegano l'intero spettro sintomatologico. La presa in carico di questo tipo di pazienti richiede una lettura globale che consideri sia gli aspetti organici, metabolico-nutrizionali, endocrini sia quelli più specificamente intrapsichici-relazionali. Il trattamento di pazienti con queste patologie varia in base al tipo di disturbo e al livello di compromissione della salute del paziente. L'integrazione di più specialisti nella programmazione terapeutica e nella gestione di tali pazienti rimane la forma d'intervento d'elezione. Con queste pazienti risulta difficile stabilire un'alleanza terapeutica perché faticano a parlare e ad ammettere la propria condizione. Il rapporto terapeutico dovrebbe essere caratterizzato da una notevole flessibilità del metodo, che si adatta progressivamente alle capacità intellettuali, alle esigenze e soprattutto alle esperienze passate delle varie pazienti. Il terapeuta dovrà condurre un'anamnesi

accurata e dettagliata della storia del soggetto per poter comprendere i fattori individuali legati allo sviluppo del disturbo.

In questo mio lavoro ho posto l'attenzione sull'origine traumatica ed in particolare sulla possibilità che vi siano state esperienze di abuso sessuale infantile durante il percorso evolutivo delle pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Sebbene non sia stata ancora dimostrata l'esistenza di una correlazione specifica e diretta tra abuso sessuale infantile (o altre esperienze traumatiche) e sviluppo di disturbi alimentari, le ricerche presenti in letteratura e le esperienze cliniche riferite dai terapeuti consentono di giungere ad una conclusione generale: i vissuti di violenza sessuale e/o fisica e/o di tipo psicologico possono essere considerati dei fattori di rischio predisponenti allo sviluppo di disturbi psichiatrici, compresi i disturbi del comportamento alimentare.

Dopo questa conclusione risulta comprensibile la possibilità di integrare l'EMDR all'interno di un programma terapeutico globale. Questo metodo terapeutico si focalizza non solo sui ricordi che sono implicati nello sviluppo della patologia, ma agisce anche sulle situazioni presenti che provocano il disagio emotivo, e contribuisce a consolidare le capacità e i comportamenti specifici necessari all'individuo per il futuro. Le esperienze traumatiche subite nella fase precoce dell'esistenza sono intrise di un senso di impotenza, mancanza di scelta, mancanza di controllo e senso di inadeguatezza. L'EMDR attiva il processo di elaborazione dell'informazione e lo mantiene in uno stato dinamico, la colpa e la vergogna della prospettiva del bambino possono essere progressivamente trasformate nella dimensione adulta di responsabilità adeguata, sicurezza e fiducia nelle proprie capacità di operare delle scelte. Nelle pazienti con disturbi del comportamento alimentare è forte la tendenza all'isolamento, ad evitare il contatto con gli altri e il corpo viene utilizzato come strumento di

comunicazione. L'esperienza di un abuso sessuale infantile, che si tratti di un episodio isolato o di una violenza permanente, può sconvolgere l'esistenza di un individuo provocando sensazioni negative di sfiducia verso se stessi e verso gli altri e alterando gli schemi emotivi. L'EMDR aiuta il paziente ad elaborare le informazioni in modo costruttivo senza fondarsi su quella che van der Kolk (2003) chiama la "tirannia della parola" per entrare in contatto con il mondo del paziente. L'EMDR è centrato sul paziente, in questo tipo di trattamento si aiuta la persona ad esperire quello che prova dentro di sé senza doverle chiedere di verbalizzare quello che, probabilmente, non sarebbe in grado di riferire in modo dettagliato. La risoluzione del disturbo viene raggiunta attraverso la stimolazione dei processi innati di autoguarigione del paziente; il meccanismo di elaborazione dell'informazione è fisiologicamente progettato per risolvere i disturbi psicologici nel medesimo modo in cui il resto del corpo è attrezzato per guarire una ferita fisica. Le vittime di abusi sessuali spesso non sono in grado di recuperare molti ricordi degli anni durante i quali sono avvenute le molestie; sembra che le informazioni ad elevata carica emotiva relative alla violenza blocchino l'accesso al resto della rete mnestica dell'infanzia. Quando il paziente avrà elaborato il trauma riuscirà a richiamare anche gli eventi positivi accaduti in quel periodo dell'infanzia; grazie alla disponibilità di tutta la rete mnestica e con lo sblocco di ricordi felici, la valutazione che il paziente ha di sé si modifica. L'accresciuta gamma di ricordi e associazioni relative alla sua infanzia consentono al paziente di ridefinire sé stesso come persona con capacità positive con un passato e con un futuro. E' importante sottolineare che con l'EMDR il sistema di elaborazione interno viene stimolato, in modo che il nucleo sano che è già presente possa affiorare. I pazienti con disturbi alimentari possono essere aiutati con l'EMDR nella modificazione dei propri schemi emotivi rendendoli consapevoli delle proprie capacità, per farli uscire dal senso di vuoto aumentando

il loro self-control e potenziando le loro risorse interne. L'EMDR oltre a permettere la rielaborazione degli eventi passati e presenti che causano il disturbo, insegna ai pazienti modalità comportamentali da usare nel futuro, come gestire lo stress senza ricorrere alle abbuffate o ad episodi binge.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M.D.S., Blehar M.C., Waters, E., Walls, S. (1978). Patterns of attachment: a psychology study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale. NJ. cv. nb.
- American Psychiatric Association. (1996). DSM-IV, Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Trad. it. Milano: Masson.
- Bailey, C. A., Gibbons, S.J. (1989). Physical victimization and bulimic-like symptoms: is there a relationship?. *Deviant Behavior* 10: 5-352.
- Balbo, M. (2004). L'integrazione dell'EMDR nei disturbi da Binge Eating. Documento presentato al primo Convegno Nazionale dell'EMDR a Bologna.
- Berger, D., Saito, S., Ono, Y., Tezuka, I., Shirahase, J., Kuboki, T. e Suematsu, H. (1994). Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinava* 90: 274-280.
- Bremner, J.D., Narayan, M. (1998). The effect of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implications for child development and aging. *Development and Psychopathology*, 10: 871-888.
- Bruce, B., Agras WS. (1992). Binge eating in females: a population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders* 12: 365-374.
- Bruch, H. (1988). Anoressia: casi clinici. Milano: Raffaello Cortina.
- Brusset, B. (1979). L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente. Roma: Borla.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. e Rorty, M. (1989). Childhood sexual abuse in women with bulimia. *Journal of Clinical Psychiatry* 50: 460-464.
- Calam, R. D., Slade, P. (1989). Sexual experiences and eating problems in female undergraduates. *International Journal of Eating Disorders* 8: 391-397.
- Caruso, R., Manara, F. (1997). I disturbi del comportamento alimentare. Milano: Franco Angeli.
- Cassano, G.B. (1992). Psichiatria medica. Milano: Raffaello Cortina.
- Chemtob, CM., Tolin, DF, van Der Kolk, BA, Pitman, RK (2000). Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, pp. 139-155.
- Christianson, S.A., Lindholm, T. (1998). The fate of traumatic memories in childhood and adulthood. *Development and Psychopathology*, 10: 761-780.
- Cotugno, A. (1999). Trauma, attaccamento e sviluppo patologico della personalità. *Psicobiettivo*, anno XIX, numero 2, 15-26. Roma: Cedis.

- Cuzzolaro, M. (1988). Bulimia nervosa: definizione diagnostica e terapia psicoanalitica. *Psicobiettivo*, anno VIII, numero 2, 9-19. Roma: Cedis.
- Dalle Grave, R. (2003). Terapia Cognitivo Comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (1995). Dieta e bulimia nell'obesità: un legame causale. *Psicobiettivo*, anno XV, numero 1, 53-65. Roma: Cedis.
- Dalle Grave, R., Rigamonti, R., Todisco, P. Trauma and dissociative experiences in eating disorders. Documento presentato alla Quinta Conferenza Annuale di Primavera della Società Internazionale per lo studio della Dissociazione. Amsterdam, 1995.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A. e Gold, P. W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 147: 1184-1188.
- Diamond, D.M., Rose, G. (1994). Stress impair LTP and hippocampal-dependent memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 746, pp. 411-414.
- Everill, T. J., Waller, G. (1995). Dissociation and bulimia: research and theory. *European Eating Disorders Review* 3: 129-147.
- Everill, T. J., Waller, G., MacDonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders* 17: 127-134.
- Faccio, E. (2004). Il disturbo alimentare. Modelli, Ricerche e Terapie. Roma: Carocci.
- Fairburn, C. (1996). Come vincere le abbuffate: un nuovo programma scientifico. Verona: Positive Press.
- Fairburn, C.G. et al. (1999). Risk factors for anorexia nervosa : three integrated case-control comparisons. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56 : 468-476.
- Fairburn, C.G., Harrison P.J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, Vol. 361, 407-416.
- Ferrucci, G., Croce, L., Fortugno, S. (1999). Memoria del trauma e transgenerazionalità. Quesiti teorici e clinici sul campo in psichiatria infantile: *Psicobiettivo*, anno XIX, numero 2, 59-72. Roma: Cedis.
- Foglio Bonda P. (1993). I disturbi psicologici dello sviluppo infantile. Come conoscerli e trattarli. Milano: Franco Angeli.
- Friederich, W. N. (1990). Psychoterapy of sexually abused children and their families. New York: W. W. Norton.
- Garfinkel, P.E., Garner, D.M. (1982). Anorexia nervosa. A multidimensional perspective. New York: Brunner-Mazel Publishers.
- Garner, D.M., Dalle Grave, R. (1999). Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Verona: Positive Press.
- Giannantonio, M. (a cura di). (2003). Psicotraumatologia e Psicologia dell'emergenza. Salerno: Ecomind.

- Gleaves, D. H., Eberenz, K. P. (1994). Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders* 15: 227-231.
- Guidano, V.F., Liotti, G. (1979). Elementi di psicoterapia comportamentale. Roma: Bulzoni.
- Guidano, V.F., Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders. New York: Guilford.
- Hagh-Shenas, H., Goldstein, L., Yule, W. (1999). Psicopatologia del DPTS: In W. Yule, 1999, 117-135.
- Hastings, T., Kern, J. M. (1994). Relationship between bulimia, childhood sexual abuse, and family environment. *International Journal of Eating Disorders* 15: 103-111.
- Hebb, D.O. (1949). L'organizzazione del comportamento: una teoria neuropsicologica. Tr. it. Franco Angeli, Milano 1975.
- Heber, R., Kellner, M., Yehuda, R. (2002). Salivary cortisol levels and the cortisol response to dexamethasone before and after EMDR: A case report. *Journal of Clinical Psychology*, 58: 1521-1530.
- Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: New York: Basic Books.
- Herman, J.L., Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1, 1-14, cit. in J. Sese Dorado, 1999.
- Herzog, D. B., Stoley, J.E., Carmody, S., Robbins, W. M., van der Kolk, B. A. (1993). Childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 962-966.
- Janet, P. (1889). L'automatismo psicologico. Trad. It. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Jehu, D. (1988). Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims. Chichester: John Wiley.
- Kearney-Cooke, A. (1988). Group treatment of sexual abuse among women with eating disorders. *Women and Therapy* 7: 5-22.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Guenther, V., Biebl, W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 151: 1127-1131.
- Krystal, J.H., Bremner, J.D., Southwick, S.M., Charney, D.S. (1998). The emerging neurobiology of dissociation: implications for treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In J.D. Bremner, C. Marmar, 1998, 321-365.
- Lange, A., Kooiman, K., Huberts, L., van Oostendorp (1995). Childhood unwanted sexual events and degree of psychopathology of psychiatric

- patients: research with a new anamnestic questionnaire (the CHUSE). *Acta psychiatrica Scandinava* 92: 441-446.
- LeDoux, J. E. (1996). Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni. Tr. It. Baldini e Castaldi, Milano 1998.
- Levine, P., Lazrove, S., van Der Kolk, B. (1999). What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1-2, 159-172.
- Liotti, G. (1984a). La terapia cognitivo-comportamentale nei disturbi alimentari psicogeni. In P. Cancheri (a cura di), Trattato di medicina psicosomatica, Vol. 2, 1083-1102, Firenze: USES.
- Liotti, G. (1988). L'anoressia mentale e la dimensione cognitivo-interpersonale dei disturbi psicogeni dell'alimentazione. *Psicobiettivo*, anno VIII, numero 2, 25-34. Roma: Cedis.
- Liotti G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychoterapy of the dissociative disorders. In Goldberg, S., Muir; R., Kerr, J.: Attachment theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives, N.J., Analytic Press.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In Golberg S., Muir R.. Kerr J.: *Attachment theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. N.J., Analytic Press.
- Manna, V. (2004). Abuso sessuale infantile e disturbo Borderline di Personalità: considerazioni patogenetiche e terapeutiche. *Difesa sociale*, vol. LXXXIII, n.2:63-78.
- McDonough, L., Mandler, J.M. (1996). Very long-term recall in infants: infantile amnesia reconsidered. *Memory*, 2, 4, 339-352, cit. in S.L. Reviere, 1996.
- McGaugh, J.L. (1992). Affect neuromodulatory system, and memory storage. In: Christianson, S.A. (a cura di) *Handbook of Emotion and Memory*. Erlbaum, Hillsdale.
- Miti, G. (1997). Un'anima divisa in due, la dissociazione e l'enigma della coscienza. *Psicobiettivo*, anno XVII, numero 1, 29-41. Roma: Cedis.
- Minuchin, S. et al. (1980). Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare. Roma: Astrolabio.
- Montecchi, F. (1994). Anoressia Mentale dell'Adolescenza. Rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato. Milano: Franco Angeli.
- Muscetta, M. (1997). I disturbi dissociativi: una sfida per una psicoanalisi evolutiva. *Psicobiettivo*, anno XVII, numero 1, 43-59. Roma: Cedis.
- Nadel, L., Zola-Morgan, S. (1984). Infantile amnesia. In M. Moscovitch (a cura di), *Infantile Memory*, New York: Plenum, 145-172, cit. in B. Rotschild, 2000.

- Nijenhuis, E. R. S., Vanderlinden, J. (1995). Dierlijke defensieve reacties als model voor dissociatieve reacties op psychotrauma. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 38: 135-149.
- Omana, J. Treatment of bulimia and binge eating disorders using the chemotion/EMDR protocol. Documento presentato alla conferenza EMDRIA, "EMDR...Forward from the Future", Ontario, Canada, 10 Settembre 2000.
- Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, L., Chaloner, D. (1985). Adverse sexual experiences in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *Journal of Psychiatric Research* 19: 157-161.
- Philips, M., Frederick, C. (1995). Healing the Divided Self. Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions. New York: Norton.
- Piers, C.C. (1999). Remembering Trauma. In L.M. Williams, V.L. Bayard, 1999, 57-65.
- Polacco Williams, G. (1999) Paesaggi interni e corpi estranei. Disordini Alimentari e altre patologie. Trad. it. Milano: Bruno Mondadori.
- Prata, G., Raffin, C. (1995). Coerenza e plausibilità del "gioco familiare" ipotizzato. *Psicobiettivo*, anno XV, numero 1, 85-103. Roma: Cedis.
- Resnick, H., Yehuda, R., Pittman, R.K., Foy, D.W. (1995). Effects of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1675-1677, cit. in P. Manfield, 1998.
- Roccia, C. (a cura di). (2001). Riconoscere e ascoltare il trauma. Maltrattamento e abuso sessuale sui minori: prevenzione e terapia. Milano: Franco Angeli.
- Root, M. P., Fallon, P. (1988). The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *Journal of Interpersonal Violence* 3: 161-173.
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E. (1994a). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 151: 1122-1126.
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E. (1994b). Childhood sexual, physical, and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 16: 317-334.
- Rossetti, R. (1999). Terapia breve di un ragazzo bulimico. *Psicobiettivo*, anno XIX, numero 2, 101-106. Roma: Cedis.
- Russel, G.F.M. (1988). La bulimia rivista. *Psicobiettivo*, anno VIII, numero 2, 57-67. Roma: Cedis.
- Sanders, S. (1986). The perceptual alteration scale; a scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis* 29: 95-102.

- Santoanastaso, P., Pantano M. Il trattamento dei disturbi della condotta alimentare nella prospettiva psicoanalitica, in Cassano G.B. et al., Trattato Italiano di Psichiatria, Masson, Milano, 1992, II, 2171-2185.
- Schacter, D.L., Koustaal, W., Keeneth N.A. (1999). Can cognitive neuroscience illuminate the nature of traumatic childhood memories? In L.M. Williams, V. Banyard, 1999, 257-269.
- Scheck, M.M., Schaeffer, J.A., Gillette, C.S. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitisation and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11: 25-44.
- Schmidt, U., Tiller, J., Treasure, J. (1993). Setting the scene for eating disorders: childhood care, classification and course of illness. *Psychological Medicine* 23: 663-672.
- Selvini Palazzoli, M. (1988). L'anoressia mentale in una prospettiva sistemica. *Psicobiattivo*, anno VIII, numero 2, 37-51. Roma: Cedis.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). L'anoressia mentale. Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M. (1981). L'anoressia mentale, 2^a edizione. Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1988). I giochi psicotici nella famiglia. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1982). Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transizione schizofrenica. Milano: Feltrinelli.
- Servan-Schreiber D. (20003). Guarire. Sperling & Kupfer Editori, pp. 93-107.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2: 199-223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20: 211-217.
- Shapiro, F. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford. (Trad. it. a cura di I. Fernandez, EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Milano: McGraw-Hill, 2000).
- Shapiro, F., Silk Forrest, M. (1998). EMDR, una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica. Trad. it. Roma: Astrolabio.
- Shapiro, F., Ph.D. Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Level I training manual part one of a two part training. Copyright @ 1990. Revisione 1999.
- Siegel, D. J. (1995a). Memory, trauma, and psychotherapy: a cognitive science view. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4: 93-122.

- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Simonelli, A., Calvo, V. (2002). *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*. Roma: Carocci.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21:167-179.
- Smolak, L., Levine, M., Sullins, E. (1990). Are child sexual experiences related to eating disordered attitudes and behaviors in a college sample?. *International Journal of Eating Disorders*, 9:167-178.
- Spitzer R., Devlin, M., Walsh Bt. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders* 11: 191-203.
- Steiger, H., Zanko, M., (1990). Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric and normal female groups. *Journal of Interpersonal Violence* 5: 74-86.
- Stunkard, A.J. (1959). Eating patterns in obese person. In *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-292.
- Terr, L. (1994). *Il pozzo della memoria*. Trad. it. Milano: Garzanti, 1996.
- Tulving, E., Kapur, S., Craik, F.I.M., Moscovitch, M., Houle, S. (1994). Hemispheric encoding/retrieval asymmetry in episodic memory: Positron emission tomography findings. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 91: 2016-2020.
- Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behaviour and eating disorders. In *Parenting and psychopathology*, a cura di C. Perris, W. A. Arrindel e M. Eisemann (pp. 218-234). Chichester: John Wiley.
- van der Kolk, B.A. (1987). *Psychological trauma*. Washington DC American Psychiatry, Press.
- van der Kolk, B. (2001). Trauma e memoria. Seminario tenuto da van Der Kolk il 29 settembre 2001 a Milano, organizzato dall' Associazione per l'EMDR in Italia. In Giannantonio, M. *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, 2003. Salerno: Ecomind: 295-323.
- van der Kolk, B., Burbridge, J. A., Suzuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory. Clinical implications of neuroimaging studies. In R. Yehuda, A. C. McFarlane (a cura di), *Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol. 821): *Psychobiology of Post Traumatic Stress Disorder*. New York: New York Academy of Sciences, 99-110.
- van der Kolk, V., Greenberg, M., Boyd, H., Kristal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry* 20: 314-325.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1993). Is sexual abuse a risk factor for developing an eating disorder?. *Eating Disorders* 1: 282-286.

- Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1997). Le origini traumatiche dei disturbi alimentari. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1998.
- Van Etten, M.L., Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5: 126-144.
- Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in eating disorder. *British Journal of Psychiatry* 159: 664-671.
- Waller, G. (1992a). Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms. *British Journal of Psychiatry* 161: 90-93.
- Waller, G. (1993a). Sexual abuse and eating disorders: borderline personality disorder as a mediating factor?. *British Journal of Psychiatry* 162: 771-775.
- Waller, G., Ruddock, A. (1993). Experiences of disclosure of childhood sexual abuse and psychopathology. *Child Abuse Review* 2: 185-195.
- Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1997). Ego States. Theory and Therapy. New York: Norton.
- Welch, S. L., Fairburn, C. G., (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry* 151: 402-407.
- Winson, J. (1993). The biology and function of rapid eye movement sleep. *Current Opinion in Neurobiology*, 3: 243-248.
- York, C. The use of EMDR in the treatment of Eating Disorders. Documento presentato al Congresso Internazionale EMDRIA, Las Vegas, U.S.A., 1998.
- Zola-Morgan, S., Squire, L.R., Alvarez-Royo, P., Clower, R.P. (1991). Independence of memory functions and emotional behavior: Separate contributions of the Hippocampal formation and the amygdala: *Hippocampus*, 1: 207-220.

Siti Internet consultati

- www.salutementaledonna.it/cap_2.htm
- www.redancia.net/capitolo_1_DCA.htm
- www.anorexia-bulimia.it/contestoculturale.htm
- www.sopsi.it/rivista/2003/vol9-2/castrogiovanni.htm
- www.sopsi.archicoop.it/rivista/2002/vol8-1/loriedo.htm
- www.psicotraumatologia.com
- www.educare.it/Frontiere/disturbi_alimentari.htm
- www.airesis.net/Therapeutike%201/Rosselina%20Pitera_Abuso.htm
- www.sopsi.archicoop.it/rivista/1999/vol5-2/berti.htm
- www.emdritalia.it/.htm

Mi è gradito ringraziare per la correzione delle bozze di tesi e i suggerimenti bibliografici il professor Salvatore Soresi.

Inoltre ringrazio la dott.ssa Isabel Fernandez per l'opportunità che mi ha dato di conoscere da vicino l'EMDR e per la sua disponibilità a livello umano e professionale.

Un grazie particolare per l'aiuto, il sostegno e le osservazioni critiche fornitemi, alla dott.ssa Maria Vignato...”il mio posto al sicuro”.

